

N. 94 — 575

28 FEBRUARI 1994. — Ministerieel besluit betreffende de vervroegde terugbetaling van het niet afgeloste kapitaal van de 7,75 pct. Staatslening 1988-1996

De Minister van Financiën,

Gelet op het koninklijk besluit van 11 april 1988 betreffende de uitgifte van de 7,75 pct. Staatslening 1988-1996, inzonderheid artikel 4,

Besluit :

**Artikel 1.** In toepassing van artikel 4 van het koninklijk besluit van 11 april 1988 betreffende de 7,75 pct. Staatslening 1988-1996, zal er worden overgegaan tot vervroegde terugbetaling van de nog af te lossen obligaties van desbetreffende lening.

**Art. 2.** De obligaties zullen worden terugbetaald tegen 101 pct. van de nominale waarde op 29 april 1994 en zullen vanaf die datum geen interest meer opbrengen.

**Art. 3.** De obligaties aangeboden ter vervroegde terugbetaling moeten voorzien zijn van de op de datum van opvorderbaarheid van het kapitaal niet vervallen rentecoupon en het bedrag van de ontbrekende coupons zal aan de Schatkist vergoed worden.

**Art. 4.** De terugbetaling van de obligaties, rentecoupon nr. 7 aangehecht, zal geschieden aan de loketten van de Rijkskassier bij de Nationale Bank van België, te Brussel en buiten de hoofdstad.

**Art. 5.** Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 28 februari 1994.

Ph. MAYSTADT

F. 94 — 575

28 FEVRIER 1994. — Arrêté ministériel relatif au remboursement par anticipation du capital non amorti de l'emprunt de l'Etat 7,75 p.c. 1988-1996

Le Ministre des Finances,

Vu l'arrêté royal du 11 avril 1988 relatif à l'émission de l'emprunt de l'Etat 7,75 p.c. 1988-1996, notamment l'article 4,

Arrête :

**Article 1er.** En application de l'article 4 de l'arrêté royal du 11 avril 1988 relatif à l'emprunt de l'Etat 7,75 p.c. 1988-1996, il sera procédé au remboursement anticipé des obligations restant à amortir dudit emprunt.

**Art. 2.** Les obligations seront remboursées à 101 p.c. de leur valeur nominale le 29 avril 1994 et cesseront de porter intérêt à partir de cette date.

**Art. 3.** Les obligations présentées au remboursement anticipé devront être munies du coupon d'intérêt non échu à la date d'exigibilité du capital et le montant des coupons manquants sera bonifié au Trésor.

**Art. 4.** Le remboursement des obligations, coupon d'intérêt n° 7 attaché, s'effectuera aux guichets du Cassier de l'Etat à la Banque Nationale de Belgique, à Bruxelles et en province.

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 28 février 1994.

Ph. MAYSTADT

## MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 94 — 576

8 NOVEMBER 1993. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 15 bis, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op hoofdstuk VIIquinquies, ingevoegd bij de verordening van 13 november 1967 en op artikel 9septies-bis, ingevoegd bij de verordening van 13 december 1982 en gewijzigd bij de verordeningen van 26 september 1983, 15 juli 1985, 7 april 1986 en 24 juli 1989;

Gelet op het voorstel, uitgebracht door de Technische raad voor ziekenhuisverpleging;

Gelet op het voorstel, uitgebracht door de Bestendige commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 8 november 1993,

Besluit :

**Artikel 1.** Het opschrift van hoofdstuk VIIquinquies van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, ingevoegd bij de verordening van 13 november 1967 wordt vervangen door het volgende opschrift :

« Betaling kosten van een ziekenhuisopname en voorwaarden waaronder tegemoetgekomen wordt inzake geneeskundige verstrekkingen verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechtgebende ».

## MINISTERE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

F. 94 — 576

8 NOVEMBRE 1993. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 15 bis, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment le chapitre VIIquinquies, inséré par le règlement du 13 novembre 1967 et par l'article 9septies-bis, inséré par le règlement du 13 décembre 1982 et modifié par les règlements des 26 septembre 1983, 15 juillet 1985, 7 avril 1986 et 24 juillet 1989;

Vu la proposition émise par le Conseil technique de l'hospitalisation;

Vu la proposition émise par la Commission permanente chargée de négocier et de conclure la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs;

Après en avoir délibéré au cours de la réunion du 8 novembre 1993,

Arrête :

**Article 1er.** L'intitulé du chapitre VIIquinquies de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, inséré par le règlement du 13 novembre 1967, est remplacé par l'intitulé suivant :

« Du paiement des frais d'hospitalisation et des conditions de remboursement des prestations de santé données à des bénéficiaires hospitalisés ».

Art. 2. In artikel 9septies-bis van het bovenvermeld koninklijk besluit van 24 december 1963, ingevoegd bij de verordening van 13 december 1982 en gewijzigd bij de verordeningen van 26 september 1983, 15 juli 1985, 7 april 1986 en 24 juli 1989, wordt § 1 vervangen door de volgende bepaling :

« § 1. In geval van facturering van verstrekkingen naar aanleiding van een verpleging in een verpleeginrichting, dienen aan de rechthebbende de volgende documenten worden overgemaakt :

— Indien de facturering door de verpleeginrichting wordt opgemaakt, hetzij van de verpleegdagen en alle andere ermee gelijkgestelde verstrekkingen, hetzij van tijdens de ziekenhuisverpleging verrichte verstrekkingen, hetzij van die twee soorten verstrekkingen, moet aan de rechthebbende een uittreksel van de verpleegnota, zoals het model is voorzien in bijlage 66, worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van het hiervoren bedoelde uittreksel van de verpleegnota en dit binnen de hiervoren vermelde termijn van twee jaar; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

— Indien de facturering door de medische raad van een verpleeginrichting wordt opgemaakt moet aan de rechthebbende een honorariumnota, zoals het model is voorzien in bijlage 66bis, worden gestuurd, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Deze honorariumnota moet worden gevoegd bij het hiervoren genoemde uittreksel van de verpleegnota en dit volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van artikel 141 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 met betrekking tot de vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde patiënten.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde honorariumnota en binnen de hiervoren genoemde termijn van twee jaar; in dit geval dient deze nota niet te worden gevoegd bij een uittreksel van de verpleegnota; zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

— In geval van facturering van prestaties die, noch door de verpleeginrichting, noch door de medische raad van de verpleeginrichting worden aangerekend, moet aan de rechthebbende een dubbel van de honorariumnota worden overgemaakt, ten laatste twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt.

Onder de term « specialismen » zoals bedoeld in de bijlagen 66 en 66bis, worden dezen bedoeld die zijn voorzien in artikel 10, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

Art. 3. Artikel 9septies-bis, § 2, van bovenvermeld koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt door de volgende bepaling vervangen :

« Het bedrag ten laste van de rechthebbende is alleen maar verschuldigd als de voor de rechthebbende bestemde documenten hem daadwerkelijk zijn toegestuurd volgens de bepalingen zoals vermeld in § 1 ».

Art. 4. Artikel 9septies-bis, §§ 3 en 4, van bovenvermeld koninklijk besluit van 24 december 1963 worden geschrapt.

Art. 5. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1994.

Brussel, 8 november 1993.

De Leidend Ambtenaar,

Dr. J. RIGA.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Art. 2. A l'article 9septies-bis de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, inséré par le règlement du 13 décembre 1982 et modifié par les règlements des 26 septembre 1983, 15 juillet 1985, 7 avril 1986 et 24 juillet 1989, le § 1er est remplacé par la disposition suivante :

« § 1er. En cas de facturation de prestations lors d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier, les documents suivants doivent être transmis au bénéficiaire :

— Si l'établissement hospitalier établit la facturation, soit des journées d'entretien et de toutes autres prestations assimilées, soit de prestations effectuées au cours de l'hospitalisation, soit de ces deux types de prestations, un extrait de la note d'hospitalisation, dont le modèle est prévu à l'annexe 66, doit être adressé au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications doivent également se faire au moyen de l'extrait susvisé de la note d'hospitalisation et ceci dans le délai de deux ans mentionné ci-dessus; elles se réfèrent, en tout état de cause, à la première facturation;

— Si la facturation est établie par le conseil médical d'un établissement hospitalier, une note d'honoraires, dont le modèle est prévu à l'annexe 66bis, doit être adressée au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Cette note d'honoraires doit être jointe à l'extrait susmentionné de la note d'hospitalisation et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution de l'article L41 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatif à la réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés.

Des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications doivent également se faire au moyen de la note d'honoraires susvisée et dans le délai de deux ans mentionné ci-dessus; dans ce cas, cette note ne doit pas être jointe à un extrait de la note d'hospitalisation; elles se réfèrent, en tout état de cause, à la première facturation;

— En cas de facturation de prestations que ni l'établissement hospitalier, ni le conseil médical de l'établissement n'ont portées en compte, un double de la note d'honoraires doit être transmis au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Par le terme « spécialités » visé dans les annexes 66 et 66bis, on entend celles qui sont prévues par l'article 10, § 1er, de l'annexe à l'arrêté du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. »

Art. 3. L'article 9septies-bis, § 2, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité est remplacé par la disposition suivante :

« Le montant à charge du patient n'est dû que si les documents destinés au bénéficiaire lui ont effectivement été adressés selon les modalités prévues au § 1er ».

Art. 4. Les §§ 3 et 4 de l'article 9septies-bis de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 susvisé sont abrogés.

Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 1994.

Bruxelles, le 8 novembre 1993.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Dr J. RIGA.

Le Président,

D. SAUER.

Bijlage 66

Datum van verzending : . . . . .

UITTREKSEL VERPLEEGNOTA  
bestemd voor de rechthebbende

Identificatie inrichting

Benaming : .....  
Adres : .....  
Postnr - Gemeente : .....  
R.I.Z.I.V.-nummer : .....  
Tel. : .....

Identificatie patiënt

Naam, Voornaam : .....  
Dossiernr. in ziekenhuis : .....  
Inschrijvingsnr. ziekenfonds: .....

Verpleegnota aan het ziekenfonds

Nr. Ziekenfonds : ...  
Nr. Verpleegnota : .....  
Datum Verpleegnota : .....

Periode hospitalisatie : van : ..... te ..... uur  
tot : ..... te ..... uur.

Facturatieadres

Identificatie gerechtigde :

Naam : .....  
Voornaam : .....  
Adres : .....  
Postnr. - Gemeente : .....  
Inschrijvingsnr. ziekenfonds : ..... CG : .../...

Naam : .....  
Adres : .....  
Postnr. - Gemeente : .....

	Aantal dagen	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
			Persoonlijke tussenkomst patiënt	Supplement kamer
<b>1. Verblijfskosten</b>				
<b>1.1. Verblijfskosten hospitalisatie</b>				
Dienst	Type kamer	Van ;	Tot ;	
...	Gemeenschappelijke	.....	.....	.....
...	Tweepersoonskamer	.....	.....	.....
...	Eénpersoonskamer	.....	.....	.....
	Verlof	.....	.....	.....
	Forfait geneesmiddelen	.....	.....	.....
	Forfaitair medisch honorarium per verpleegdag	.....	.....	.....
<b>1.2. Verblijfskosten daghospitalisatie</b>				
	Type kamer		Datum	
	Gemeenschappelijke		.....	.....
	Tweepersoonskamer		.....	.....
	Eénpersoonskamer		.....	.....
Subtotaal Verblijfskosten :				
<b>2. Apotheek - Farmaceutische en para-farmaceutische kosten</b>		Code	Hoeveelheid	Ten laste van het ziekenfonds
<b>2.1. Vergoedbare produkten</b>				
Totaal :				
<b>2.2. Niet vergoedbare produkten</b>				
Naam produkt :				
.....		.....	.....	.....
.....		.....	.....	.....
.....		.....	.....	.....
Subtotaal Farmaceutische en para-farmaceutische kosten				Supplement ten laste van de patiënt

Vervolg Uittreksel Verpleegenota Blz. : .....	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
		Persoonlijke tussenkomst patiënt	Supplement ten laste van de patiënt
<b>3. Medische en paramedische honoraria</b>  <div style="text-align: center;">                     Code      Code                      Toetreding      Kamer                      (1)              (2)                 </div> <b>3.1. Forfaitaire honoraria per opname</b> <b>Forfaits klinische biologie</b> <i>Naam Verstrekker :</i> .....              ..              .. .....              ..              .. <b>Forfaits medische beeldvorming</b> <i>Naam Verstrekker :</i> .....              ..              .. .....              ..              .. <b>Forfaits medische wachtdienst</b> <i>Naam Verstrekker :</i> .....              13              .. .....              ..              .. <b>3.2. Honoraria :</b> <b>3.2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt</b> Totaal : ..... <b>3.2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt</b> <i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i> <i>Naam Verstrekker :</i> .....              ..              .. .....              ..              .. <b>3.3. Andere verstrekkingen</b> <i>Naam verstrekker :</i> .....              ..              .. .....              ..              .. Subtotaal honoraria : .....			
<b>4. Andere leveringen</b> <i>Naam levering :</i> ..... ..... ..... Subtotaal andere leveringen .....			
<b>5. Diverse kosten</b> <i>Omschrijving diverse kost :</i> .....              Code .....              ziekenhuis : .....              ..... .....              ..... Subtotaal diverse kosten .....			

- (1) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C  
 Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC  
 Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten geen code invullen
- (2) Code éénpersoonskamer = P      Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

Vervolg Uittreksel verpleegnota nummer : .....	Blz. : .....																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Totaal, aangerekend aan uw ziekenfonds :</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">... ..</td> </tr> <tr> <td>A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten :</td> <td style="text-align: right;">... ..</td> </tr> <tr> <td>B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen :</td> <td style="text-align: right;">... ..</td> </tr> <tr> <td>Aan de patiënt aangerekend totaal : A + B :</td> <td style="text-align: right;">... ..</td> </tr> <tr> <td>Voorschot betaald op : .. ..</td> <td style="text-align: right;">- ... ..</td> </tr> <tr> <td>Voorschot betaald op : .. ..</td> <td style="text-align: right;">- ... ..</td> </tr> <tr> <td>Door de patiënt te betalen saldo op rekeningnummer : .. ..</td> <td style="text-align: right;">... ..</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 100px;">op rekeningnummer : .. ..</td> <td style="text-align: right;">... ..</td> </tr> <tr> <td>Door de inrichting terug te betalen saldo :</td> <td style="text-align: right;">... ..</td> </tr> </table>		Totaal, aangerekend aan uw ziekenfonds :	... ..	A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten :	... ..	B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen :	... ..	Aan de patiënt aangerekend totaal : A + B :	... ..	Voorschot betaald op : .. ..	- ... ..	Voorschot betaald op : .. ..	- ... ..	Door de patiënt te betalen saldo op rekeningnummer : .. ..	... ..	op rekeningnummer : .. ..	... ..	Door de inrichting terug te betalen saldo :	... ..
Totaal, aangerekend aan uw ziekenfonds :	... ..																		
A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten :	... ..																		
B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen :	... ..																		
Aan de patiënt aangerekend totaal : A + B :	... ..																		
Voorschot betaald op : .. ..	- ... ..																		
Voorschot betaald op : .. ..	- ... ..																		
Door de patiënt te betalen saldo op rekeningnummer : .. ..	... ..																		
op rekeningnummer : .. ..	... ..																		
Door de inrichting terug te betalen saldo :	... ..																		
Bedrag van de persoonlijke tussenkomst (remgeld) dat in aanmerking wordt genomen voor het bepalen van de sociale correctie :	.....																		

**Mededeling :**

Indien medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door de Medische Raad van het ziekenhuis, kunnen de eventuele honoraria ten laste van de patiënt enkel worden aangerekend met het document «Honorariumnota», dat in bijlage is gevoegd bij dit uittreksel, tenzij in uitzonderlijk geval van eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen.

*Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.*

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 8 november 1993.

De Leidend Ambtenaar,  
Dr. J. RIGA.

De Voorzitter,  
D. SAUER.

Bijlage 66bis

Datum van verzending : .. .. .

HONORARIUMNOTA  
bestemd voor de rechthebbende

Identificatie medische raad

Benaming : .....  
Adres : .....  
Postnr - Gemeente : .....  
R.I.Z.I.V.-nummer : .. .. .  
Telefoonnummer : .. .. .

Identificatie patiënt

Naam, Voornaam : .....  
Dossiernr. in het ziekenhuis : .....  
Inschrijvingsnr. ziekenfonds : .. .. .

Verwijzing naar de verzamelstaat van de honoraria,  
verstuurd aan het ziekenfonds

Nr. ziekenfonds : ...  
Nr. verzamelstaat : .. .. .  
Datum verzamelstaat : .. .. .

Periode hospitalisatie : van : .. .. . te .. .. . uur  
tot : .. .. . te .. .. . uur.

Facturatieadres

Identificatie gerechtigde :

Naam : .....  
Voornaam : .....  
Adres : .....  
Postnr. - Gemeente : .....  
Inschrijvingsnr. Ziekenfonds : .. .. . CG : .../...

Naam : .....  
Adres : .....  
Postnr. - Gemeente : .. .. .

	Code Toetreding (1)	Code Kamer (2)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
				Persoonlijke tussenkost patiënt	Supplement ten laste van de patiënt
Medische en paramedische honoraria					
1. Forfaitaire honoraria per opname					
Forfaits klinische biologie					
Naam Verstrekker :					
.....	..	..	.....	.....	.....
.....	..	..	.....	.....	.....
Forfaits medische beeldvorming					
Naam Verstrekker :					
.....	..	..	.....	.....	.....
.....	..	..	.....	.....	.....
Forfaits medische wachtdienst					
Naam Verstrekker :					
.....	..	..	.....	.....	.....
.....	..	..	.....	.....	.....
2. Honoraria :					
2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt					
Totaal :			.....		
2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt Volgens specialisme en/of type verstrekker					
Naam Verstrekker :					
.....	..	..	.....	.....	.....
.....	..	..	.....	.....	.....

(1) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst): code = C  
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd: code = NC  
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten: geen code invullen  
(2) Code éénpersoonskamer = P Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

Vervolg Uittreksel Honorariumnota	Btz. : .....	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
			Persoonlijke tussenkomst patiënt	Supplement ten laste van de patiënt
<p style="text-align: center;">Code      Code Toetreding Kamer (1)      (2)</p> <p>2.3. Andere verstrekkingen</p> <p><i>Naam verstrekker :</i></p> <p>.....                    ..                    ..</p> <p>.....                    ..                    ..</p> <p>TOTAAL :</p>				

- (1) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C  
 Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC  
 Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen
- (2) Code éénpersoonskamer = P Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

#### Mededeling :

Deze honorariumnota omvat de verstrekkingen die afzonderlijk worden gefactureerd door de Medische Raad van het ziekenhuis.  
 Zij moet alleszins in bijlage zijn gevoegd bij het uittreksel verpleegnota (factuur van het ziekenhuis) tenzij het gaat om eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen. Zij moet afzonderlijk worden betaald.

*Hierna kan de medische raad de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.*

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 8 november 1993.

De Leidend Ambtenaar,  
 Dr. J. RIGA.

De Voorzitter,  
 D. SAUER.

ANNEXE 66

Date d'expédition : ...

EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION  
destiné au bénéficiaire

Identification de l'établissement

Dénomination : .....  
 Adresse : .....  
 N° Postal - Commune : .....  
 Numéro I.N.A.M.I. : .....  
 Tél. : .....

Identification du patient

Nom, Prénom : .....  
 N° du dossier dans l'hôpital : .....  
 N° d'inscription à la mutualité : .....

Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité

N° de la Mutualité : ...  
 N° Note d'hospitalisation : .....  
 Date de la note d'hospitalisation : .....

Période d'hospitalisation : du : .. .. à .. .. heures  
 au : .. .. à .. .. heures

Adresse de facturation

Identification du titulaire :

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 N° Postal - Commune : .....  
 N° d'inscription à la mutualité : ..... CT : .../...

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° Postal - Commune : .....

		A charge de la mutualité	A charge du patient	
			Intervention personnelle patient	Supplément chambre
<b>1. Frais de séjour</b>				
<b>1.1. Frais de séjour - Hospitalisation</b>				
Service	Type de chambre du : au :			
...	Commune .....			
...	A deux lits .....			
...	A un lit .....			
	Congé .....			
	Forfait médicaments .....			
	Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation .....			
<b>1.2. Frais de séjour - Hospitalisation de jour</b>				
	Type de chambre Date			
	Commune .....			
	A deux lits .....			
	A un lit .....			
Sous-total des frais de séjour				
<b>2. Pharmacie - Frais pharmaceutiques et para-pharmaceutiques</b>		A charge de la mutualité		Supplément à charge du patient
<b>2.1. Produits remboursables</b>				
Total :				
<b>2.2. Produits non remboursables</b>				
Nom du produit :				
.....				
Sous-total des frais pharmaceutiques et para-pharmaceutiques				



Suite de l'extrait de la note d'hospitalisation	Page : .....	A charge de la mutualité	A charge du patient	
			Intervention personnelle patient	Supplément à charge du patient
<b>3. Honoraires médicaux et paramédicaux</b>				
	Code Adhésion (1)	Code Chambre (2)		
<b>3.1. Honoraires forfaitaires par admission</b>				
Forfaits biologie clinique				
<i>Nom du dispensateur :</i>				
.....	..	..	.....	.....
.....	..	..	.....	.....
Forfaits imagerie médicale				
<i>Nom du dispensateur :</i>				
.....	..	..	.....	.....
.....	..	..	.....	.....
Forfaits service de garde				
<i>Nom du dispensateur :</i>				
.....	..	..	.....	.....
.....	..	..	.....	.....
<b>3.2. Honoraires :</b>				
<b>3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est porté en compte au patient</b>				
Total :				
.....				
<b>3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est porté en compte au patient</b>				
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>				
<i>Nom du dispensateur :</i>				
.....	..	..	.....	.....
.....	..	..	.....	.....
<b>3.3. Autres prestations</b>				
<i>Nom du dispensateur :</i>				
.....	..	..	.....	.....
.....	..	..	.....	.....
Sous-total des honoraires				
.....				
<b>4. Autres fournitures</b>				
<i>Nom de la fourniture :</i>				
.....			.....	.....
.....			.....	.....
.....			.....	.....
Sous-total des autres fournitures				
.....				
<b>5. Frais divers</b>				
		Code hôpital :		
<i>Libellé des autres frais :</i>				
.....		.....		.....
.....		.....		.....
Sous-total des frais divers				
.....				

- (1) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale) : code = C  
 Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC  
 S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code
- (2) Code chambre à un lit = P Code chambre commune ou à deux lits = M

Suite de l'extrait de la note d'hospitalisation n° : .....	Page : .....
--	--------------

Total facturé à votre mutualité :	.....
A. Total des interventions personnelles facturées :	.....
B. Total des suppléments facturés :	.....
Total facturé au patient : A + B :	.....
Avance payée le : .....	.....
Avance payée le : .....	.....
Solde à payer par le patient au compte .....	.....
au compte .....	.....
Solde à rembourser par l'établissement :	.....

Montant de l'intervention personnelle (ticket modérateur) qui est pris en considération pour la détermination de la correction sociale :	.....
--	-------

#### Communication :

Si des prestations médicales ou (paramédicales) sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, les honoraires éventuels à charge du patient ne peuvent être portés en compte qu'au moyen du document «Note d'honoraires» joint en annexe au présent extrait, sauf exceptionnellement pour des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications.

*Ci-après, les éventuelles formalités de paiement.*

Vu pour être annexé au règlement du 8 novembre 1993.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Dr J. RIGA.

Le Président,  
D. SAUER.

ANNEXE 66bis

Date d'expédition : .....

NOTE D'HONORAIRES  
destinée au bénéficiaire

Identification du Conseil médical

Dénomination : .....  
 Adresse : .....  
 N° Postal - Commune : .....  
 Numéro I.N.A.M.I. : .....  
 Numéro de téléphone : .....

Identification du patient

Nom, Prénom : .....  
 N° du dossier dans l'hôpital : .....  
 N° d'inscription à la mutualité : .....

Références à l'état récapitulatif des honoraires  
envoyé à la mutualité :

N° Mutualité : .....  
 N° Etat récapitulatif : .....  
 Date Etat récapitulatif : .....

Période d'hospitalisation : du : .. .. à .. .. heures  
 au : .. .. à .. .. heures

Adresse de facturation

Identification du titulaire :

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 N° Postal - Commune : .....  
 N° d'inscription mutualité : ..... CT : ..../...

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° Postal - Commune : .....

	Code Adhésion (1)	Code Chambre (2)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
				Intervention personnelle patient	Supplément à charge du patient
Honoraires médicaux et paramédicaux					
1. Honoraires forfaitaires par admission					
Forfaits biologis clinique					
Nom du dispensateur : .....					
.....					
.....					
Forfaits imagerie médicale					
Nom du dispensateur : .....					
.....					
.....					
Forfaits service de garde					
Nom du dispensateur : .....					
.....					
.....					
2. Honoraires :					
2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est porté en compte au patient					
Total : .....					
2.2. Honoraires pour lesquels un montant est porté en compte au patient					
Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur					
Nom du dispensateur : .....					
.....					
.....					

(1) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale) : code = C  
 Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC  
 S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code  
 (2) Code chambre à un lit = P Code chambre commune ou à deux lits = M

Suite de l'extrait de la note d'honoraires	Page : .....	A charge de la mutualité	A charge du patient	
			Intervention personnelle policant	Supplément à charge du patient
Code Adhésion (1)    Code Chambre (2)				
2.3. Autres prestations Nom du dispensateur : ..... .....		..... .....	..... .....	..... .....
TOTAL :		.....	.....	.....

- (1) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale) : code = C  
 Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC  
 S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code
- (2) Code chambre à un lit = P    Code chambre commune ou à deux lits = M

Communication :

La présente note d'honoraires reprend les prestations facturées séparément par le Conseil médical de l'hôpital.  
 Elle doit nécessairement accompagner l'extrait de la note d'hospitalisation (facture de l'hôpital) sauf s'il s'agit de facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou de rectifications. Elle doit être payée séparément.

*Ci-après, les éventuelles formalités de paiement.*

Vu pour être annexé au règlement du 8 novembre 1993.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
 Dr J. RIGA.

Le Président,  
 D. SAUER.