

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 99 — 296

[C - 98/22821]

16 NOVEMBRE 1998. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 16 novembre 1998,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 56, 59, 59bis, 60, 60bis, 66 et 66bis à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 2. Dans l'article 9ter, § 1^{er}, 8°, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, l'alinéa suivant est inséré entre le premier alinéa et le deuxième alinéa :

« Dans la rubrique "honoraires perçus pour le compte de l'établissement ou perçus pour le compte des dispensateurs", prévue aux annexes 59 ou 60, ou dans la rubrique "honoraires à verser au compte A ou à verser au compte B", prévue aux annexes 59bis ou 60bis et 66 ou 66bis, en exécution de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, un montant de 500 BEF doit être porté en déduction dans la colonne "A charge de l'O.A." et ajouté dans la colonne "A charge du patient". »

Art. 3. Dans l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, il est inséré un chapitre VIIduodecies qui s'énonce comme suit :

« Chapitre VIIduodecies

Les prestations visées à l'article 34, 11°, en ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques et à l'article 34, 18°, en ce qui concerne le placement dans des initiatives d'habitation protégée.

Section I. L'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une maison de soins psychiatriques.

Art. 9septies decies

§ 1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi du 14 juillet 1994 précitée, est introduite par le bénéficiaire ou l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 83a, 83b, 83c et 83d, établi en quatre exemplaires.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 99 — 296

[C - 98/22821]

16 NOVEMBER 1998. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 16 november 1998,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 56, 59, 59bis, 60, 60bis, 66 en 66bis van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden vervangen door de bijlagen die hierbij zijn gevoegd.

Art. 2. In artikel 9ter, § 1, 8° van het genoemde koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt tussen het eerste lid en het tweede lid het volgende lid ingevoegd :

« In de rubriek honoraria geïnd voor rekening van de inrichting of geïnd voor rekening van de verstrekkers, zoals voorzien in de bijlagen 59 of 60, of in de rubriek honoraria te storten op rekening A of te storten op rekening B, zoals voorzien in de bijlagen 59bis of 60bis en 66 of 66bis, moet in uitvoering van het koninklijk besluit van 18 december 1996 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, een bedrag van 500 BEF in mindering worden gebracht in de kolom "Ten laste V.I." en worden toegevoegd in de kolom "Ten laste patiënt". »

Art. 3. In het genoemde koninklijk besluit van 24 december 1963 wordt een hoofdstuk VIIduodecies ingevoegd luidend als volgt :

« Hoofdstuk VIIduodecies

De verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 34, 11° wat de psychiatrische verzorgingstehuizen betreft en in artikel 34, 18° wat de plaatsing in initiatieven van beschut wonen betreft.

Afdeling I. De tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in een psychiatrisch verzorgings-tehuis.

Art. 9septies decies

§ 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 147, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van vorengenoemde wet van 14 juli 1994, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 83a, 83b, 83c en 83d.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la décision du médecin-conseil visées à l'article 153, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 83a, 83b, 83c et 83d, établi en quatre exemplaires.

§ 3. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme au modèle figurant à l'annexe 84.

§ 4. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert sont notifiés par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'un formulaire établi en trois exemplaires, conforme aux modèles figurant aux annexes 85a, 85b et 85c.

§ 5. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles figurant à l'annexe 86.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§ 6. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances.

Section II. L'intervention dans le placement dans les initiatives d'habitation protégée.

Art. 9octies decies

§ 1^{er}. La notification d'admission dans l'institution, visée à l'article 34, 18°, de la loi du 14 juillet 1994 précitée, est introduite par le bénéficiaire ou par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 80a, 80b et 80c, établi en trois exemplaires.

§ 2. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert sont notifiés par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 81a et 81b, établi en deux exemplaires.

§ 3. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles figurant à l'annexe 82.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§ 4. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances. »

Art. 4. A l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité sont ajoutées les annexes 80a, 80b, 80c, 81a, 81b, 82, 83a, 83b, 83c, 83d, 84, 85a, 85b, 85c et 86 ci-jointes.

Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 1999.

Bruxelles, le 16 novembre 1998.

Le fonctionnaire dirigeant,
F. Praet.

Le président,
D. Sauer.

§ 2. De aanvraag om verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer die zijn bedoeld in artikel 153, § 1, van vorengenoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 83a, 83b, 83c en 83d.

§ 3. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 152, § 1, van vorengenoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 84.

§ 4. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer, wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 85a, 85b en 85c.

§ 5. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlage 86.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 6. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het Ministerie van Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht.

Afdeling II. De tegemoetkoming in de plaatsing in initiatieven van beschut wonen.

Art. 9octies decies

§ 1. De kennisgeving van opneming in de inrichting, bedoeld in artikel 34, 18° van de vorengenoemde wet van 14 juli 1994, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 80a, 80b en 80c.

§ 2. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in twee exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 81a en 81b.

§ 3. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlage 82.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 4. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het Ministerie van Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht. »

Art. 4. Aan het genoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 worden de hierbijgevoegde bijlagen 80a, 80b, 80c, 81a, 81b, 82, 83a, 83b, 83c, 83d, 84, 85a, 85b, 85c en 86 toegevoegd.

Art. 5. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1999.

Brussel, 16 november 1998.

De leidend ambtenaar,
F. Praet.

De voorzitter,
D. Sauer.

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 Numéro d'agrément :
 Numéro d'enregistrement :

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :
 N° :
 Nom :
 Adresse :

Forme juridique de l'institution :
 Adresse du siège :
 Numéro du registre de commerce :

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel :
 Nom et prénom de l'exploitant :
 Résidence principale :
 Numéro du registre de commerce :

Note récapitulative n° du au établie le

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient	Total
.....
.....
.....

Total général pour l'O.A. :

A payer au compte :
 avec la référence :

Vignette de concordance

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis au bénéficiaire.

Le Directeur de l'institution,
 (Date, nom et signature).

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'institution :

Nom :
Adresse :
Numéro d'agrément :
Numéro d'enregistrement :

Identification du bénéficiaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :
Qualité :

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :

N° :
Nom :
Adresse :

Identification du titulaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :

- Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :			
.....			
- Période(s) d'absence qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention :			
du au			
du au			
du au			
du au			
- Référence			
1 ^{er} mod. 760	Dernier mod. 760	Mod. 761	
Institution	Institution	Institution	
O.A.	O.A.	O.A.	
Nature des frais :	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient
- Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière			
Catégorie Du Au			
..
..
..
- Frais d'hébergement	.....		.....
- Suppléments éventuels (à détailler)			.....
TOTAUX :		..... BEF	..... BEF
		..... EURO	..... EURO

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement :	Référence aux supports magnétiques :	Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional :
Nom	Envoi : n°	N° :
Adresse	Tiers payant : n°	Nom
Tél. :	Mois de facturation :	Adresse
N° INAMI :		

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	Numéro d'inscription	Montant à charge du patient		Montant à charge de l'O.A.		TOTAL
			Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	
.....
			Total général pour l'O.A.				

A payer au compte :
avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature).

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.
JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE LES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER. DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.
LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture :du Page :
 N° envoi/féd. : Réf. établissement :

Identification de l'établissement : Identification du bénéficiaire :
 Nom Nom
 Adresse Prénom
 Tél. : Adresse
 N° INAMI : Organisme assureur
 N° d'inscription
 CT 1 : CT 2 :
 Admission : à :
 Sortie : à :

MOD. 721BIS DERNIER MOD. 723 MOD. 727
 ETABL. : ETABL. : ETABL. :
 O.A. : O.A. : O.A. :

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Code service	Du :	Heure :	Au :	Heure :	Code journée	Nombre de jours	Prix de la journée	Frais de séjour			Réservé O.A.	Réservé établ.
								A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
.....
.....	QUOTE-PART PERSONNELLE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT ART. 4 DE LA CONVENTION NAT. LE : (PATIENT AMBULANT)		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	N° CODE DE LA PRESTATION : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	JOURNEES NON FACTUREES		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	QUOTE-PART PERSON. DANS LES SPECIALITES PHARM. REMBOURSABLES		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT PSYCHIATRIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT READAPTATION		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT 1 JOUR : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT ½ JOUR : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	TOTAL FRAIS DE SEJOUR		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX :								.....	.....	.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomina- tion et dosage (5)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code service	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
.....
TOTAL CATEGORIE						
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES						

AUTRES FOURNITURES

Date prest.	N° de code	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Prix unitaire	Quantité	Code serv.	Autres fournitures			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
Code identification implant : .....							.....	.....	.....	.....	.....
Administré par :			N° : .....				.....	.....	.....	.....	.....
N° Bon de délivrance ou sac :			N° d'attestation d'administration : .....				.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL AUTRES FOURNITURES :							.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX :							.....	.....	.....	.....	.....

Annexe 59 (suite 3)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES — PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prest.	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE					DU	AU	.....	.....	.....	.....	.....
.....				
... LIBELLE PRESTATION ...					.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ...					.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT							.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX							.....	.....	.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prest.	N° code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE					DU	AU	.....	.....	.....	.....	.....
..... - = x ..... = .....							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRESTATION ...							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ...							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS							.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX							.....	.....	.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :

N° facture : du Nom : Page :

N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers			Réservé O.A.	Réservé établ.	
	A charge O.A.	A charge patient	Total			
.....	
TELEPHONE	
TOTAL FRAIS DIVERS	
	A charge O.A. (en BEF)	A charge patient (en BEF)	Total (en BEF)	A charge O.A. (en EURO)	A charge patient (en EURO)	Total (en EURO)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE :
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. :
MONTANT A CHARGE DU PATIENT :
ACOMPTES : RECU LE	-	-
VIREMENT DU	-	-
CHEQUE DU	-	-
A PAYER PAR LE PATIENT :
A REMBOURSER AU PATIENT :

REFERENCES

Codification L/A/D en (3) :

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

(1) Imprimer la qualité qui convient.

(2) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin

1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %; 7 = remboursement à 75 %.

(3) C.D. = Code de la dent traitée.

L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.

(4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

(5) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAETLe Président,
D. SAUER

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement :	Référence aux supports magnétiques :	Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional :
Nom	Envoi : n°	N° :
Adresse	Tiers payant : n°	Nom
Tél. :	Mois de facturation :	Adresse
N° INAMI :		

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	Numéro d'inscription	Montant à charge du patient		Montant à charge de l'O.A.		TOTAL
			Pour le compte de l'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	Pour le compte de l'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	
.....
			Total général pour l'O.A.		.....	.....	.....

A verser au compte :

avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature).

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.

JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE DES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.

LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture :du
 N° envoi/féd. :

Page :
 Réf. établissement :

Identification de l'établissement :
 Nom
 Adresse
 Tél. :
 N° INAMI :

Identification du bénéficiaire :
 Nom
 Prénom
 Adresse
 Organisme assureur
 N° d'inscription
 CT 1 : CT 2 :
 Admission : à :
 Sortie : à :

MOD. 721BIS

DERNIER MOD. 723

MOD. 727

ETABL. : ETABL. : ETABL. :
 O.A. : O.A. : O.A. :

RUBRIQUE A : Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Code service	Du :	Heure :	Au :	Heure :	Code journée	Nombre de jours	Prix de la journée	Frais de séjour			Réservé O.A.	Réservé établ.
								A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
.....
.....	QUOTE-PART PERSONNELLE											
.....	HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE											
.....	FORFAIT ART. 4 DE LA CONVENTION NAT. LE : (PATIENT AMBULANT) N° CODE DE LA PRESTATION :											
.....	JOURNEES NON FACTUREES											
.....	QUOTE-PART PERSON. DANS LES SPECIALITES PHARMAC. REMBOURSABLES											
.....	FORFAIT PSYCHIATRIE											
.....	FORFAIT READAPTATION											
.....	FORFAIT 1 JOUR :											
.....	FORFAIT ½ JOUR :											
.....	TOTAL FRAIS DE SEJOUR											
SOUS-TOTAUX :								.....	.....	.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomina- tion et dosage (5)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code serv.	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
.....
TOTAL CATEGORIE						
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES						

AUTRES FOURNITURES

Date	N° de code	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Prix unitaire	Quantité	Code serv.	Autres fournitures			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
Administré par : N° :
Code identification implant :
N° Bon de délivrance ou sac : N° d'attestation d'administration :
TOTAL AUTRES FOURNITURES :						

SOUS-TOTAUX :

.....

Annexe 59bis (suite 3)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES

Date prest.	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							DU	AU			
.....						
... LIBELLE PRESTATION ...							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ...							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL							.....	.....	.....	.....	.....
FRAIS DIVERS											
Libellé							Frais divers			Réservé O.A.	Réservé établ.
.....							A charge O.A.	A charge patient	Total		
TELEPHONE							.....	.....	.....
TOTAL FRAIS DIVERS							.....	.....	.....
SOUS-TOTAL RUBRIQUE A							.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B

HONORAIRES (Autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prest.	N° code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							DU	AU			
.....								
... LIBELLE PRESTATION ...											
... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ...											
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service											
.....											
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service											
.....											
TOTAL											
SOUS-TOTAL											

Annexe 59bis (suite 5)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'il ne figure pas sous la rubrique A)

	Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
				A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE		
TOTAL					
SOUS-TOTAL RUBRIQUE B :					

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

	A charge O.A. (en BEF)	A charge patient (en BEF)	Total (en BEF)	A charge O.A. (en EURO)	A charge patient (en EURO)	Total (en EURO)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL B) :
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (RUBRIQUE A) :		
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (RUBRIQUE B) :		
MONTANT A CHARGE DU PATIENT :		
ACOMPTES : RECU LE		-			-	
VIREMENT DU		-			-	
CHEQUE DU		-			-	
A PAYER PAR LE PATIENT :		
A VERSER PAR LE PATIENT : - AU COMPTE A, NUMERO	
DE	
- AU COMPTE B, NUMERO	
DE	
A REMBOURSER AU PATIENT :		

REFERENCES

Codification L/A/D en (3) :

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

(1) Imprimer la qualité qui convient.

(2) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin

1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %; 7 = remboursement à 75 %.

(3) C.D. = Code de la dent traitée.

L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.

(4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

(5) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
 F. PRAET

Le Président,
 D. SAUER

Annexe 60

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement :	Référence aux supports magnétiques :	Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional
Nom	Envoi : n°	N° :
Adresse	Tiers payant : n°	Nom
Tél. :	Mois de facturation :	Adresse
N° INAMI :		

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	Numéro d'inscription	Montant à charge du patient		Montant à charge de l'O.A.		TOTAL
			Pour le compte de l'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	Pour le compte de l'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	
.....
			Total général pour l'O.A.				

A verser au compte :
avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature).

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.
JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE DES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER. DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.
LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture :du Page :
 N° envoi/féd. : Réf. établissement :

Identification de l'établissement : Identification du bénéficiaire :
 Nom Nom
 Adresse Prénom
 Tél. : Adresse
 N° INAMI : Organisme assureur
 Numéro d'inscription
 CT 1 : CT 2 :
 Admission : à :
 Sortie : à :

MOD. 721BIS DERNIER MOD. 723 MOD. 727
 ETABLISSEMENT : ETABLISSEMENT : ETABLISSEMENT :
 O.A. : O.A. : O.A. :

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Code service	Du :	Heure :	Au :	Heure :	Code journée	Nombre de jours	Prix de la journée	Frais de séjour			Réservé O.A.	Réservé établ.
								A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....
.....
.....	QUOTE-PART PERSONNELLE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT ART. 4 DE LA CONV. NATIONALE LE : (PATIENT AMBULANT)		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	N° DE CODE DE LA PRESTATION : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	JOURNEES NON FACTUREES		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	QUOTE-PART PERSON. DANS LES SPECIALITES PHARM. REMBOURSABLES		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT PSYCHIATRIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT READAPTATION		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT 1 JOUR : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT ½ JOUR : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	TOTAL FRAIS DE SEJOUR		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

SOUS-TOTAUX :

Annexe 60 (suite 2)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage (5)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
DEMANDE PAR :		N° :	Code Service :		.....	.....	.....
TOTAL CATEGORIE .....					.....	.....	.....
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES .....					.....	.....	.....

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....		
Délivré par :		N° :							
Demandé par :		N° :							
Code identification implant :		.....						
Administré par :		N° :							
N° bon de délivrance ou sac :									
N° d'attestation d'administr. :									
TOTAL AUTRES FOURNITURES .....					.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX :					.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du Id. Bénéficiaire :
 N° envoi/féd. : Nom : Page :
 Numéro d'inscription : Réf. établissement :

HONORAIRES — PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prestation	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR		N°							
DEMANDE PAR		N°							
.....								
.....								
HONORAIRES DE SURVEILLANCE :									
EFFECTUES PAR :		N°							
..... DU AU =									
..... LIBELLE PRESTATION									
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF									
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE									
.....									
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE									
TOTAL - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT									
SOUS-TOTAUX :									

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :
 N° facture : du Nom : Page :
 N° envoi/féd. : Numéro d'inscription : Réf. établissement :

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers			Réservé O.A.	Réservé établ.
	A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....		
Téléphone		
TOTAL FRAIS DIVERS		

	A charge O.A. (en BEF)	A charge patient (en BEF)	Total (en BEF)	A charge O.A. (en EURO)	A charge patient (en EURO)	Total (en EURO)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. :		
MONTANT A CHARGE DU PATIENT :		
ACOMPTE : RECU LE		-			-	
VIREMENT DU		-			-	
CHEQUE DU		-			-	
A PAYER PAR LE PATIENT :		
A REMBOURSER AU PATIENT :		

REFERENCES

Codification L/A/D en (3) :

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %; 7 = remboursement à 75 %.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.
 L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (5) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
 F. PRAET

Le Président,
 D. SAUER

Annexe 60bis

NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement :	Référence aux supports magnétiques :	Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional :
Nom	Envoi : n°	N° :
Adresse	Tiers payant : n°	Nom
Tél. :	Mois de facturation :	Adresse
N° INAMI :		

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	Numéro d'inscription	Montant à charge du patient			Montant à charge de l'O.A.	
			Pour le compte d'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	Pour le compte d'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	TOTAL
.....
			Total général pour l'O.A.		..... (1)	..... (2)	.....

- (1) Montant à verser au compte A, numéro
de
avec la référence :
- (2) Montant à verser au compte B, numéro
de
avec la référence :

Vignette de concordance

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, Nom et Signature).

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN.
JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE DES PRESTATIONS ONT ETE PRESCRITES OU EFFECTUEES AUX DATES MENTIONNEES CONFORMEMENT AUX REGLES DE L'ASSURANCE PAR LE OU LES PRATICIENS DONT LE NOM FIGURE EN REGARD DE CHACUNE D'ELLES.

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, DECLARE QUE LES PRIX PORTES EN COMPTE ONT ETE CALCULES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS FIXEES EN CETTE MATIERE PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES.
LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES REPRIS SUR LE PRESENT RELEVE ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture :du
N° envoi/féd. :

Page :
Réf. établissement :

Identification de l'établissement :
Nom
Adresse
Tél. :
N° INAMI :

Identification du bénéficiaire :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Organisme assureur
N° d'inscription
CT 1 : CT 2 :
Admission : à :
Sortie : à :

MOD 721BIS DERNIER MOD 723 MOD 727
ETABLISSEMENT : ETABLISSEMENT : ETABLISSEMENT :
O.A. : O.A. : O.A. :

RUBRIQUE A : Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Table with columns: Code service, Du, Heure, Au, Heure, Code journée, Nombre de jours, Prix de la journ., Frais de séjour (A charge O.A., A charge patient, Total), Réservé à l'O.A., Réservé établ.

SOUS-TOTAUX :

Annexe 60bis (suite 2)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du

Page :

N° envoi/féd. :

Réf. établissement :

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage (5)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques			Réservé à l'O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
DEMANDE PAR :		N° :	Code Serv. :						
TOTAL CATEGORIE									
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES									

AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
Délivré par :									
Demandé par :									
Code identification implant :									
Administré par :									
N° bon de délivrance ou sac :									
N° d'attestation d'administr. :									
TOTAL AUTRES FOURNITURES									
SOUS-TOTAUX :									

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du

Page :

N° envoi/féd. :

Réf. établissement :

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription :

HONORAIRES

Date prestation	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR		N°							
DEMANDE PAR		N°							
.....	
.....	
HONORAIRES DE SURVEILLANCE :									
EFFECTUES PAR :		N°							
.....	DU AU .. .. = .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.... LIBELLE PRESTATION								
	.... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF								
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE		.....			.....	.....	.....	.....	.....
.....
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE		.....			.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL		.....			.....	.....	.....	.....	.....

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers			Réservé O.A.	Réservé établ.
	A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....					
TELEPHONE					
TOTAL FRAIS DIVERS					
SOUS-TOTAL RUBRIQUE A :					

Annexe 60bis (suite 4)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du

Page :

N° envoi/féd. :

Réf. établissement :

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° D'INSCRIPTION :

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B

HONORAIRES (autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prestation	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR		N°							
DEMANDE PAR		N°							
.....
.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUES PAR :		N°							
.....	DU AU .. .. = .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... LIBELLE PRESTATION ....				.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ....				.....	.....	.....	.....	.....
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....					.....	.....	.....	.....	.....
.....				
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....					.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL					.....	.....	.....	.....	.....
		SOUS-TOTAL			.....	.....	.....	.....	.....

Annexe 60bis (suite 5)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du

Page :

N° envoi/féd. :

Réf. établissement :

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription :

HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'il ne figure pas sous la rubrique A)

	Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
				A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE
TOTAL					
SOUS-TOTAL RUBRIQUE B :					

NOTE D'HOSPITALISATION : 2 FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du

Page :

N° envoi/féd. :

Réf. établissement :

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription :

	A charge O.A. (en BEF)	A charge patient (en BEF)	Total (en BEF)	A charge O.A. (en EURO)	A charge patient (en EURO)	Total (en EURO)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL B) :
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (rubrique A) :		
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (rubrique B) :		
MONTANT A CHARGE DU PATIENT :		
ACOMPTES : RECU LE		-			-	
VIREMENT DU		-			-	
CHEQUE DU		-			-	
A PAYER PAR LE PATIENT		-			-	
A VERSER PAR LE PATIENT : - AU COMPTE A, NUMERO	
DE						
- AU COMPTE B, NUMERO	
DE						
A REMBOURSER AU PATIENT :		

REFERENCES

Codification L/A/D en (3) :

laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %; 7 = remboursement à 75 %.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (5) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAETLe Président,
D. SAUER

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

Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité

N° de l'organisme assureur (mutualité) :
 N° Note d'hospitalisation :
 Date de la note d'hospitalisation :

Adresse de facturation
Nom :
Adresse :
N° Postal - Commune :

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

(1) Par supplément à charge du patient, on entend un montant facturé au patient pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations, qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire qui en plus n'est pas fixé légalement.

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 (1)
3. Honoraires médicaux et paramédicaux <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Code Adhésion (2)</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Code Chambre (3)</div>				
3.1. Honoraires forfaitaires par admission (4) 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>				
3.2. Honoraires : 3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est porté en compte au patient Total : 3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est porté en compte au patient <i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i> <i>Nom du dispensateur :</i> 3.3. Autres prestations <i>Nom du dispensateur :</i> Sous-total des honoraires				
4. Autres fournitures <i>Nom de la fourniture :</i> Sous-total des autres fournitures :				
5. Frais divers <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Code hôpital :</div> <i>Libellé des autres frais :</i> Sous-total des frais divers				

(1) Par supplément à charge du patient, on entend un montant facturé au patient pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations, qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire qui en plus n'est pas fixé légalement.

(2) 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.

Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.

S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code.

(3) Code chambre à un lit = P

Code chambre commune ou à deux lits = M

(4) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

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 :

Référence à l'état récapitulatif des honoraires envoyés à l'organisme assureur (mutualité) :

N° de la Mutualité :

N° Etat récapitulatif :

Date Etat récapitulatif :

Identification du patient

Nom - Prénom :

N° du dossier dans l'hôpital :

N° d'inscription à la mutualité :

Période d'hospitalisation : du : à heures

au : à heures

Adresse de facturation

Nom :

Adresse :

N° Postal - Commune :

	A charge de la mutualité	A charge du patient	
		Intervention personnelle patient	Supplément à charge du patient (1)
Honoraires médicaux et paramédicaux			
	Code Adhésion (2)	Code Chambre (3)	
1. Honoraires forfaitaires par admission (4)			
Forfaits biologie 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) Par supplément à charge du patient, on entend un montant facturé au patient pour du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations, qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire qui en plus n'est pas fixé légalement.

(2) 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.

Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.

S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : ne pas introduire de code.

(3) Code chambre à un lit = P

Code chambre commune ou à deux lits = M

(4) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

Annexe 66bis (suite)

Suite de l'extrait de la note d'honoraires	Page :	A charge de la mutualité	A charge du patient	
			Intervention personnelle patient	Supplément à charge du patient
<p style="text-align: center;">Code Adhésion Code Chambre</p> <p>2.3. Autres prestations</p> <p><i>Nom du dispensateur :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
TOTAL : EN BEF	
EN EURO	

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 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

**NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE
BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES
D'HABITATION PROTEGEE (H.P.) ET ENGA-
GEMENT DE PAIEMENT**

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi
coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la notification :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Le Médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date :

Signature - Nom :

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.	Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Numéro d'inscription		Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional Le responsable,
					Date :
		Code titulaire 1 2	Tout risques Droit à gros risques	100 %	Signature - Nom
			Petits risques	75 %	

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à renvoyer à l'institution.

**NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE
BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES
D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)**

Institutions visées à l'article 34, 18°, de la loi
coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la notification :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Le Médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date :

Signature - Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures, est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : (2)

est transféré vers : (2)

a été admis dans : (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire — laquelle doit être mentionnée sur la note de frais individuelle — sauf en cas d'admission à temps plein dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures, est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : (2)

est transféré vers (2)

a été admis dans (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire — laquelle doit être mentionnée sur la note de frais individuelle — sauf en cas d'admission à temps plein dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Formulaire 768

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE
 Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Annexe 82

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 N° d'agrément :

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :
 N° :
 Nom :
 Adresse :

Note récapitulative n° du au établie le

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	A porter en compte à l'O.A.	A charge du patient	TOTAL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A. :				

A payer au compte :
 avec la référence :

Vignette de concordance

Je certifie que les frais indiqués ci-dessus sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux bénéficiaires.

Le responsable de l'institution.
 (Date, nom et signature)

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE
Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'établissement :

Nom :
Adresse :
Numéro d'agrément :

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :

N° :
Nom :
Adresse :

Identification du bénéficiaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :

Identification du titulaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :
Code titulaire :

- Période de séjour facturée : du au
- Date d'hébergement :
- Date fin d'hébergement :

Nature des frais :	Code	Nombre de jours	Prix d'hébergement par journée	Montant à porter en compte à l'O.A.	A charge du patient	TOTAL
- Prix d'hébergement						
du au						
..
..
..
- Prix tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
- Suppléments éventuels tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour (indiquer de façon détaillée)
- TOTAL :				..... BEF EURO	..... BEF EURO	..... BEF EURO

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER

Annexe 83.a

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION
POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES
ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAI-
SON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)**

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

<p>Date d'entrée (2) : heure :</p> <p>Date de la demande :</p> <p>J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.</p> <p>Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.</p> <p>Il s'agit en l'occurrence d' : une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).</p> <p>En cas de réadmission ou de transfert : l'accord du au reste d'application.</p> <p>Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.</p> <p>Le responsable de l'institution, Date : Signature - Nom :</p>	<p>DECISION DU MEDECIN-CONSEIL</p> <p>Accord du au</p> <p>Refus à partir du :</p> <p>Remarques éventuelles :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date :</p> <p>Signature et cachet du médecin-conseil,</p>
---	--

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (2) : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.
Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Il s'agit en l'occurrence d' : **une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).**

En cas de **réadmission ou de transfert** : l'accord du
au reste d'application.

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

Refus à partir du :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil,

Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional		Numéro d'inscription	
	1	Code titulaire	2	
			Tous risques Droit à gros risques Petits risques	100 % 75 %

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Exemplaire destiné à l'administration de l'O.A.

Annexe 83.c

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)

Références	
Inst.	
O.A.	

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

<p>Date d'entrée (2) : heure :</p> <p>Date de la demande :</p> <p>J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.</p> <p>Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.</p> <p>Il s'agit en l'occurrence d' : une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).</p> <p>En cas de réadmission ou de transfert : l'accord du au reste d'application.</p> <p>Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.</p> <p>Le responsable de l'institution,</p> <p>Date :</p> <p>Signature - Nom :</p>	<p>DECISION DU MEDECIN-CONSEIL</p> <p>Accord du au</p> <p>Refus à partir du :</p> <p>Remarques éventuelles :</p> <p>.....</p> <p>Date :</p> <p>Signature et cachet du médecin-conseil,</p> <p>.....</p>
---	--

Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Numéro d'inscription	
	Code titulaire	1	2
		Tous risques Droit à gros risques	100 %
		Petits risques	75 %

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional

Le responsable,

Date :

Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Exemplaire à renvoyer à l'institution.

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION
POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES
ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAI-
SON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)**

(Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

<p>Date d'entrée (2) : heure :</p> <p>Date de la demande :</p> <p>J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus. Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.</p> <p>Il s'agit en l'occurrence d' : une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission (1).</p> <p>En cas de réadmission ou de transfert : l'accord du au reste d'application.</p> <p>Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.</p> <p>Le responsable de l'institution, Date : Signature - Nom :</p>	<p>DECISION DU MEDECIN-CONSEIL</p> <p>Accord du au</p> <p>Refus à partir du :</p> <p>Remarques éventuelles :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date :</p> <p>Signature et cachet du médecin-conseil,</p>
--	--

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'institution.

Formulaire 765

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**CERTIFICAT MEDICAL JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS
ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN CAS DE SEJOUR
DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)**

Identification du bénéficiaire	Identification du titulaire (compléter ou apposer la vignette O.A.)
NOM - Prénom : .....	.....
Adresse : .....	.....
Date de naissance : .....	.....
Numéro d'inscription O.A. ....	.....

1. Hospitalisation précédant l'admission dans une M.S.P.

Identification de l'hôpital (numéro d'agrément) :

Date d'hospitalisation : Service :

Date de sortie : Service :

2. Diagnostic (codes DSM-III-R)

As 1

As 2

As 3 (ICD-9-CM).....

As 4

As 5 : à l'heure actuelle :

il y a un an :

3. Le patient satisfait à un des critères suivants pour être admis dans une maison de soins psychiatriques : **Patient psychiatrique présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, étant entendu qu'il :**

- ne requiert pas de traitement hospitalier;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné son état psychiatrique;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
- nécessite un accompagnement continu;

 Handicapé mental, étant entendu qu'il :

- ne requiert pas de traitement hospitalier;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
- nécessite un accompagnement continu.

4. Informations complémentaires :

.....

.....

5. Période demandée : du au

Identification du (neuro)psychiatre

Cachet (Numéro I.N.A.M.I.)

Date - Signature.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.Le Président,
D. SAUER.

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,
est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : (2)

est transféré vers (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures, est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : (2)

est transféré vers (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures, est sorti de notre institution le à heures (2)

est décédé le : (2)

est transféré vers (2)

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Formulaire 766

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES
 Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Annexe 86

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 Numéro d'agrément :

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :
 N° :
 Nom :
 Adresse :

Note récapitulative n° du au établie le

N° de la note individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	A porter en compte à l'O.A.		A charge du patient	TOTAL
			Intervention A.M.I.	Intervention de l'Etat		
A. Patients psychiatriques						
.....
.....
.....
B. Handicapés Mentaux						
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A. :						

A payer au compte :
 avec la référence :

Vignette de concordance

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux bénéficiaires.
 Le responsable de l'institution,
 (Date, nom et signature)

Annexe 86 (suite 1)

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES
Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'établissement :

Nom :
Adresse :
Numéro d'agrément :

Identification mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :

N° :
Nom :
Adresse :

Identification du bénéficiaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :

Identification du titulaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :
Code titulaire :

- Période de séjour facturée : du au

- Références

1° modèle 765

Etablissement :

O.A. :

dernier modèle 765

Etablissement :

O.A. :

modèle 766

Etablissement :

O.A. :

Annexe 86 (suite 2)

Nature des frais :	Code	Nombre de jours	Prix d'hébergement par journée	Montants à porter en compte à l'O.A.		A charge du patient	TOTAL
				Intervention A.M.I.	Intervention de l'Etat		
- Prix d'hébergement du heure au heure							
- Quote part personnelle dans spécialités pharmaceutiques							
- Frais pharmaceutiques (facture des médicaments en annexe)							
- Prix d'hébergement en cas de congé individuel (article 5, § 1, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure							
- Prix d'hébergement en cas de séjour de vacances collectif (article 5, § 2, de la convention nationale M.S.P.) du heure au heure							
- Suppléments éventuels (à détailler)							
- TOTAL :				BEF	BEF	BEF	BEF
				EURO	EURO	EURO	EURO

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER

Bijlage 56

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting :
 Naam :
 Adres :
 Tel. :
 Erkenningsnummer :
 Registratienummer :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of
 gewestelijk geneeskundig centrum :
 Nr. :
 Naam :
 Adres :

Juridische vorm van de inrichting :
 Adres van de zetel :
 Nummer van het handelsregister :

Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam
 exploiteert :
 Naam en voornaam van de exploitant :
 Hoofdverblijfplaats :
 Nummer van het handelsregister :

Verzamelnota nr. van tot uitgevoerd op

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....
.....
.....

Algemeen totaal voor de V.I. :

Te betalen op rekening :
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De Directeur van de inrichting.
 (Datum, naam en handtekening)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :
 Naam :
 Adres :
 Erkenningsnummer :
 Registratienummer :

Identificatie van de rechthebbende :
 Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :
 Hoedanigheid :

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of
 gewestelijk geneeskundig centrum :
 Nr. :
 Naam :
 Adres :

Identificatienummer van de gerechtigde :
 Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :

- Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren :	.....	
- Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming :			
van tot			
van tot			
van tot			
van tot			
- Referenties			
Eerste form. 760	Laatste form. 760	Form. 761	
Inrichting	Inrichting	Inrichting	
V.I.	V.I.	V.I.	

Aard van de kosten :	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven			
Categorie Van Tot			
..
..
..
- Huisvestingskosten
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)		
Totaal :		..... BEF	..... BEF
		..... EURO	..... EURO

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
 F. PRAET

De voorzitter,
 D. SAUER

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur :van. . . .
 Nr. zending/verb. :

Blz. :
 Ref. inrichting :

Identificatie van de inrichting :
 Naam
 Adres
 Tel. :
 R.I.Z.I.V.-Nr. :

Identificatie van de rechthebbende :
 Naam
 Voornaam
 Adres
 Verzekeringsinstelling
 Inschrijvingsnummer
 CG 1 : CG 2 :
 Opname : Om :
 Ontslag : Om :

FORM. 721BIS

LAATSTE FORM. 723

FORM. 727

INRICHTING : INRICHTING : INRICHTING :
 V.I. : V.I. : V.I. :

VERBLIJFS- OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van :	Uur :	Tot :	Uur :	Verpleegdagcode	Aantal dagen	Dagprijs	Verblijfkosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
.....
.....	PERSOONLIJK AANDEEL		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLIN. BIOLOGIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORF. ART 4 NAT. OVEREENK. OP : (AMBULANTE PATIENT)		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	CODENR. VERSTREKKING : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	NIET GEFACTUREERDE DAGEN		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALDE FARMAC. SPECIALIT.		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG PSYCHIATRIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG HERSCHOLING		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG 1 DAG : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG 2 DAG : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	TOTAAL VERBLIJFKOSTEN		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN :								.....	.....	.....	.....	.....

Bijlage 59 (vervolg 2)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middel	Benaming en dosering (5)	Cat.	Een- heidsprijs	Hoeveelheid	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Code dienst	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
.....
TOTAAL CATEGORIE						
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN						

ANDERE LEVERINGEN

Datum aflevering	Code- nummer	RIZIV-nummer en naam van de verstrekker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	Code dienst	Andere leveringen			Voorbeh. V.I.	Voorbeh. Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
Identificatiecode implantaat : .....							.....	.....	.....	.....	.....
Toegediend door :			Nr. : .....				.....	.....	.....	.....	.....
Nr. Leveringsbon-zak :			Nr. Attest toediening : .....				.....	.....	.....	.....	.....
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :							.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN :							.....	.....	.....	.....	.....

Bijlage 59 (vervolg 3)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A/D (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. vooschr.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....						
HONORARIUM VOOR TOEZICHT					VAN	TOT	.....	.....	.....	.....	.....
.....						
... OMSCHRIJVING VERSTREKKING ...							.....	.....	.....	.....	.....
... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT ...							.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING							.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN							.....	.....	.....	.....	.....

Bijlage 59 (vervolg 4)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A/D (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. voorsch.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT					VAN	TOT	.....	.....	.....	.....	.....
..... - = x ..... = .....							.....	.....	.....	.....	.....
... OMSCHRIJVING VERSTREKKING ...							.....	.....	.....	.....	.....
... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT ...							.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS							.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN							.....	.....	.....	.....	.....

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.	
	Ten laste V.I.	Ten laste Patiënt	Totaal			
.....			
TELEFOON	.....	.....	.....
TOTAAL DIVERSE KOSTEN	.....	.....	.....
	Ten laste V.I. (in BEF)	Ten laste patiënt (in BEF)	Totaal (in BEF)	Ten laste V.I. (in EURO)	Ten laste patiënt (in EURO)	Totaal (in EURO)
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR	.....	.....	.....	.....	.....	.....
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG :	.....			.....
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT		.....			.....
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP		-			-	
STORTING VAN		-			-	
CHEQUE VAN		-			-	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :		.....			.....
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :		.....			.....

REFERENTIES

Codering L/A/D in (3) :

laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrucken
- (2) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrice; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75 %.
- (3) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (5) Profylactie-forfait : op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,

F. PRAET

De voorzitter,

D. SAUER

Bijlage 59bis

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting :	Verwijzing naar de magnetische drager :	Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum
Naam	Zending : nr.	Nr. :
Adres	Derdebetalersregeling : nr.	Naam
Tel. :	Maand van de facturering :	Adres
R.I.Z.I.V.-Nr. :		

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

Nr. van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvings- nummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de V.I.		TOTAAL
			Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	
.....
			Algemeen totaal voor de V.I.		.....	.....	.....

Te storten op rekening :
met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG ALS ALLOGREFFE JUIST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES-BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB GENOMEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUIST ZIJN.

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN. DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Bijlage 59bis (vervolg 1)

Nr. factuur :van. . . .
 Nr. zending/verb. :

Blz. :
 Ref. inrichting :

Identificatie van de inrichting :
 Naam
 Adres
 Tel. :
 R.I.Z.I.V.-Nr. :

Identificatie van de rechthebbende :
 Naam
 Voornaam
 Adres
 Verzekeringsinstelling
 Inschrijvingsnummer
 CG 1 : CG 2 :
 Opname : Om :
 Ontslag : Om :

FORM. 721BIS

LAATSTE FORM. 723

FORM. 727

INRICHTING : INRICHTING : INRICHTING :
 VI. : VI. : VI. :

RUBRIEK A : Bedragen te storten op rekening A

VERBLIJFS- OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van :	Uur :	Tot :	Uur :	Verpleeg-dagcode	Aantal dagen	Dagprijs	Verblijfkosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
.....
.....	PERSONLIJK AANDEEL		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLIN. BIOLOGIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORF. ART 4 NAT. OVEREENK. OP : (AMBULANTE PATIENT)		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	CODENR. VERSTREKKING : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	NIET GEFACTUREERDE DAGEN		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	PERSONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG PSYCHIATRIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG HERSCHOLING		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG 1 DAG : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG 2 DAG : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	TOTAAL VERBLIJFKOSTEN		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTAAL :								.....	.....	.....	.....	.....

Bijlage 59bis (vervolg 2)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middel	Benaming en dosering (5)	Cat.	Een- heidsprijs	Hoeveelheid	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Code dienst	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
.....
TOTAAL CATEGORIE						
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN						

ANDERE LEVERINGEN

Datum aflevering	Code- nummer	RIZIV-nummer en naam van de verstreker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	Code dienst	Andere leveringen			Voorbeh. V.I.	Voorbeh. Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
Toegediend door :			Nr. :								
Identificatiecode implantaat :			.....							
Nr. Leveringsbon-zak :			Nr. Attest toediening :								
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN :							.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN :							.....	.....	.....	.....	.....

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A/D (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. vooschr.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
HONORARIUM VOOR TOEZICHT					VAN	TOT					
.....-.....=.....x.....=											
... OMSCHRIJVING VERSTREKKING ...											
... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT ...											
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst											
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst											
TOTAAL											

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
TELEFOON					
TOTAAL DIVERSE KOSTEN					

SUBTOTAAL RUBRIEK A

.....

Bijlage 59bis (vervolg 4)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

RUBRIEK B : Bedragen te storten op rekening B

HONORARIA (Andere dan deze vermeld onder rubriek A)

Datum verstr.	Code nr.	N (2)	C.T. L/A/D (3)	RIZIV-Nr en naam van verstrekker	RIZIV-nr en naam van voorschrijver	Datum (4) (Ontv. vooschr.)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT					VAN	TOT	.....	.....	.....	.....	.....
..... - = x ..... = .....							.....	.....	.....	.....	.....
... OMSCHRIJVING VERSTREKKING ...							.....	.....	.....	.....	.....
... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT ...							.....	.....	.....	.....	.....
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
Subtotaal verstrekkingen, verricht tijdens het verblijf in dienst .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....						
TOTAAL							.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN							.....	.....	.....	.....	.....

Bijlage 59bis (vervolg 5)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

	Verpleeg- dagcode	Aantal dagen	Bedrag per dag	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
				Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE		
TOTAAL					
SUBTOTAAL RUBRIEK B :					

Bijlage 59bis (vervolg 6)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van Id. Rechthebbende :
 Nr. zending/verb. : Naam : Blz. :
 Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

	Ten laste V.I. (in BEF)	Ten laste patiënt (in BEF)	Totaal (in BEF)	Ten laste V.I. (in EURO)	Ten laste patiënt (in EURO)	Totaal (in EURO)
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B) :
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A) :		
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B) :		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT :		
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP		-			-	
STORTING VAN		-			-	
CHEQUE VAN		-			-	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :		
DOOR DE PATIENT TE STORTEN : - OP REKENING A, NUMMER.....		
VAN	
- OP REKENING B, NUMMER	
VAN	
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :		

REFERENTIES

Codering L/A/D in (3) :

laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrucken
- (2) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrie; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75 %.
- (3) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (5) Profylactie-forfait : Op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,

F. PRAET

De voorzitter,

D. SAUER

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting :	Verwijzing naar de magnetische drager :	Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum
Naam	Zending : nr.	Nr. :
Adres	Derdebetalersregeling : nr.	Naam
Tel. :	Maand van de facturering :	Adres
R.I.Z.I.V.-Nr. :		

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

Nr. van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvings- nummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de V.I.		TOTAAL
			Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	
.....
			Algemeen totaal voor de V.I.		.....	.....	.....

Te storten op rekening :
met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG ALS ALLOGREFFE JUIST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES-BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB GENOMEN

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening).

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUIST ZIJN.

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN.

DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

Bijlage 60 (vervolg 1)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur :van. . . .

Blz. :

Nr. zending/verb. :

Ref. inrichting :

Identificatie van de inrichting :

Naam

Adres

Tel. :

R.I.Z.I.V.-Nr. :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam

Voornaam

Adres

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnummer

CG 1 : CG 2 :

Opname : Om :

Ontslag : Om :

FORM. 721BIS

LAATSTE FORM. 723

FORM. 727

INRICHTING : INRICHTING : INRICHTING :

V.I. : V.I. : V.I. :

VERBLIJFS- OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van :	Uur :	Tot :	Uur :	Verpleeg-dagcode	Aantal dagen	Dagprijs	Verblijfkosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
.....
.....	PERSOONLIJK AANDEEL		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLIN. BIOLOGIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORF. ART 4 NAT. OVEREENK. OP : (AMBULANTE PATIENT)		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	CODENR. VERSTREKKING : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	NIET GEFACTUREERDE DAGEN		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG PSYCHIATRIE		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG HERSCHOLING		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG 1 DAG : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	VAST BEDRAG ½ DAG : .. ..		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	TOTAAL VERBLIJFKOSTEN		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN :								.....	.....	.....	.....	.....

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddel	Benaming en dosering (5)	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
AANGEVRAAGD DOOR :		Nr. :	Code dienst :						
TOTAAL CATEGORIE									
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN									

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Code nummer	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....					
Afgeleverd door		Nr. :							
Aangevraagd door		Nr. :							
Identificatiecode implantaat :									
Toegediend door		Nr. :							
Nr. Leveringsbon of zak :									
Nr. Attest van toediening :									
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN									
SUBTOTAAL :									

Bijlage 60 (vervolg 3)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA – GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING

Datum verstrekking	Codenr.	N(2)	C.T. L/A/D (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria		
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
VERRICHT DOOR							
AANGEVRAAGD DOOR							
.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT							
VERRICHT DOOR :							
..... VAN TOT = ×							
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING							
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT							
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST							
.....							
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST							
.....							
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE INRICHTING							
SUBTOTALEN :							

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :
 Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

HONORARIA – GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS

Datum verstrekking	Codendr.	N(2)	C.T. L/A/D (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria			
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal	
VERRICHT DOOR					Nr.			
AANGEVRAAGD DOOR					Nr.			
.....
HONORARIUM VOOR TOEZICHT								
VERRICHT DOOR :					Nr.			
..... VAN TOT .. .. = ..... × .....					.....	.....	.....	.....
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING .....					.....	.....	.....	.....
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT .....					.....	.....	.....	.....
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST .....					.....	.....	.....	.....
.....				
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST .....					.....	.....	.....	.....
TOTAAL - GEIND VOOR REKENING VAN DE VERSTREKKERS					.....	.....	.....	.....
SUBTOTALEN :					.....	.....	.....	.....

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Id. Rechthebbende :

Nr. factuur : van Naam : Blz. :
 Nr. zending/verb. : Inschrijvingsnummer : Ref. inrichting :

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
	Ten laste V.I.	Ten laste Patiënt	Totaal		
.....		
TELEFOON		
TOTAAL DIVERSE KOSTEN		

	Ten laste V.I. (in BEF)	Ten laste patiënt (in BEF)	Totaal (in BEF)	Ten laste V.I. (in EURO)	Ten laste patiënt (in EURO)	Totaal (in EURO)
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG :		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT		
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP		-			-	
STORTING VAN		-			-	
CHEQUE VAN		-			-	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :		
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :		

REFERENTIES

Codering L/A/D in (3) :

Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

(1) De passende hoedanigheid afdrukken

(2) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrie; M = Morgen

1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75 %.

(3) C.T. = Code behandelende tand

L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst

(4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.

(5) Profylactie-forfait : Op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET

De voorzitter,
D. SAUER

VERPLEEGNOTA : 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting :	Verwijzing naar de magnetische drager :	Identificatie van het ziekenfonds + Gewestelijke Dienst + Gewestelijk geneeskundig centrum :
Naam	Zending : nr.	Nr. :
Adres	Derdebetalersregeling : nr.	Naam
Tel. :	Maand van de facturering :	Adres
R.I.Z.I.V.-Nr. :		

VERZAMELFACTUUR NR. VAN TOT OPGEMAAKT OP

Nr. van de individuele factuur	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Bedrag ten laste van de patiënt		Bedrag ten laste van de V.I.		TOTAAL
			voor rekening van de inrichting (rubriek A)	voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	voor rekening van de inrichting (rubriek A)	voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	
.....
			Algemeen totaal voor de V.I.		..... (1)	..... (2)	.....

(1) Bedrag te storten op rekening A, nummer
 van
 met de verwijzing :

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer
 van
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG ALS ALLOGREFFE JUIST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 9 SEPTIES-BIS VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEBBEN GENOMEN

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE BETAALBAAR PER LIGDAG, JUIST ZIJN.
 IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKINGEN OP DE VERMELDE DATA OVEREENKOMSTIG DE REGELEN VAN DE VERZEKERING ZIJN VOORGESCHREVEN OF VERRICHT DOOR DE PRAKTIZERENDE WIER NAAM NAAST ELKE VERSTREKKING IS VERMELD.

IK ONDERGETEKENDE, VERANTWOORDELIJKE VOOR DE AFLEVERING VAN GENEESMIDDELEN IN DE VERPLEEGINRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENDE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN.
 DE FARMACEUTISCHE PRODUCTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJSSTUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE DIRECTEUR VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE VERANTWOORDELIJKE HOOFDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam en handtekening).

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening).

Bijlage 60bis (vervolg 1)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur :van. ..
 Nr. zending/verb. :

Blz. :
 Ref. inrichting :

Identificatie van de inrichting :
 Naam
 Adres
 Tel. :
 R.I.Z.I.V.-Nr. :

Identificatie van de rechthebbenden :
 Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Verzekeringsinstelling
 Inschrijvingsnummer
 CG 1 : CG 2 :
 Opname : Om :
 Ontslag : Om :

FORM. 721BIS

LAATSTE FORM. 723

FORM. 727

INRICHTING : INRICHTING : INRICHTING :
 VI. : VI. : VI. :

RUBRIEK A : Bedragen te storten op rekening A

VERBLIJFS- OF HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van :	Uur :	Tot :	Uur :	Verpleeg-dagcode	Aantal dagen	Dagprijs	Verblijfkosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....
.....
.....	PERSOONLIJK AANDEEL											
.....	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLIN. BIOLOGIE											
.....	FORF. ART 4 NAT. OVEREENK. OP : (AMBULANTE PATIENT) CODENR. VERSTREKKING :											
.....	NIET GEFACTUREERDE DAGEN											
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.											
.....	VAST BEDRAG PSYCHIATRIE											
.....	VAST BEDRAG HERSCHOLING											
.....	VAST BEDRAG 1 DAG :											
.....	VAST BEDRAG 2 DAG :											
TOTAAL VERBLIJFKOSTEN							
SUBTOTALEN :							

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van

Blz. :

Nr. zending/verb. :

Ref. inrichting :

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :
 INSCHRIJVINGSNR. :

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddel	Benaming en dosering (5)	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Farmaceutische kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
AANGEVRAAGD DOOR :		Nr. :	Code dienst :						
TOTAAL CATEGORIE									
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN									

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Code nummer	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code Dienst	Andere leveringen			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
Afgeleverd door		Nr. :							
Aangevraagd door		Nr. :							
Identificatiecode implantaat :									
Toegediend door		Nr. :							
Nr. Leveringsbon of zak :									
Nr. Attest van toediening :									
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN									
SUBTOTALEN :									

Bijlage 60bis (vervolg 3)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van

Blz. :

Nr. zending/verb. :

Ref. inrichting :

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :

INSCHRIJVINGSNR. :

HONORARIA

Datum verstrekking	Codennr.	N(2)	C.T. L/A/D (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
VERRICHT DOOR		Nr.							
AANGEVRAAGD DOOR		Nr.							
.....	
HONORARIUM VOOR TOEZICHT									
VERRICHT DOOR :		Nr.							
..... VAN TOT .. .. = .....		.....					
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING									
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT									
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST									
.....									
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST									
TOTAAL									
DIVERSE KOSTEN									
Omschrijving					Diverse kosten			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
.....									
Telefoon									
TOTAAL DIVERSE KOSTEN									
SUBTOTAAL RUBRIEK A :									

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van

Blz. :

Nr. zending/verb. :

Ref. inrichting :

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :

INSCHRIJVINGSNR. :

RUBRIEK B : Bedragen te storten op rekening B

HONORARIA (Andere dan deze vermeld onder rubriek A)

Datum verstrekking	Codennr.	N(2)	C.T. L/A/D (3)	Datum (4) (Ontvangst voorschrift)	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inrichting
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal		
VERRICHT DOOR			Nr.						
AANGEVRAAGD DOOR			Nr.						
.....	
HONORARIUM VOOR TOEZICHT VERRICHT DOOR :			Nr.						
..... VAN TOT .. .. = .....			.....			
..... OMSCHRIJVING VERSTREKKING									
..... OMSCHRIJVING RADIOACTIEF PRODUKT									
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST					.....	.....	.....
.....						
SUBTOTAAL VERSTREKKINGEN, VERRICHT TIJDENS HET VERBLIJF IN DIENST					.....	.....	.....
.....						
TOTAAL					.....	.....	.....
SUBTOTALEN					.....	.....	.....

Bijlage 60bis (vervolg 5)

VERPLEEGNOTA : 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van

Blz. :

Nr. zending/verb. :

Ref. inrichting :

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :

INSCHRIJVINGSNR. :

FORFAITAIR HONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG VOOR KLINISCHE BIOLOGIE (indien niet vermeld onder rubriek A)

	Verpleeg- dagcode	Aantal dagen	Bedrag per dag	Honoraria			Voorbeh. voor V.I.	Voorbeh. voor Inr.
				Ten laste V.I.	Ten laste Patiënt	Totaal		
FOR. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE		
TOTAAL					
SUBTOTAAL RUBRIEK B :					

VERPLEEGNOTA : 2 INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur : van

Blz. :

Nr. zending/verb. :

Ref. inrichting :

Id. RECHTHEBBENDE : NAAM :

INSCHRIJVINGSNR. :

	Ten laste V.I. (in BEF)	Ten laste patiënt (in BEF)	Totaal (in BEF)	Ten laste V.I. (in EURO)	Ten laste patiënt (in EURO)	Totaal (in EURO)
ALGEMENE TOTALEN VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B) :
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A) :		
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B) :		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT		
VOORSCHOTTEN : ONTVANGEN OP		-			-	
STORTING VAN		-			-	
CHEQUE VAN		-			-	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN :		-			-	
DOOR DE PATIENT TE STORTEN :		
- OP REKENING A, NUMMER	
VAN	
- OP REKENING B, NUMMER	
VAN	
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN :		

REFERENTIES

Codering L/A/D in (3) :

Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr. :

L/A/D = 1 :

L/A/D = 2 :

L/A/D = 3 :

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) De passende hoedanigheid afdrukken
- (2) Normcode : N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrie; M = Morgen
1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = vergoeding tegen 50 %; 7 = vergoeding tegen 75%.
- (3) C.T. = Code behandelende tand
L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (4) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (5) Profylactie-forfait : Op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET

De voorzitter,
D. SAUER

Datum van verzending :

UITTREKSEL VERPLEEGNOTA

bestemd voor de rechthebbende

Identificatie inrichting

Benaming :

Adres :

Postnr. - Gemeente :

R.I.Z.I.V.-nummer :

Tel. :

Verpleegnota aan het ziekenfonds

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :

Nr. Verpleegnota :

Datum Verpleegnota :

Identificatie patiënt

Naam - Voornaam :

Dossiernr. in ziekenhuis :

Inschrijvingsnr. ziekenhuis :

Periode hospitalisatie : van : te uur

tot : te uur

Facturatieadres

Naam :

Adres :

Postnr. - Gemeente :

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

(1) Onder supplement ten laste van de patiënt verstaat men een bedrag, dat aan de patiënt wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering en dat daarenboven niet wettelijk is vastgelegd.

Bijlage 66 (vervolg 1)

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

(1) Onder supplement ten laste van de patiënt verstaat men een bedrag, dat aan de patiënt wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering en dat daarenboven niet wettelijk is vastgelegd.

(2) Indien de verstreker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.

Indien de verstreker NIET is geconventioneerd : code = NC.

Indien de verstreker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.

Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.

(3) Code éénpersoonskamer = P

Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

(4) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

Vervolg Uittreksel verpleegnota nummer :	Blz. :
--	--------------

	IN BEF	IN EURO
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 :

Mededeling :

ofwel : 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.

ofwel : Indien alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis mag de patiënt geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis

Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,

F. PRAET.

De voorzitter,

D. SAUER.

Datum van verzending :

HONORARIUMNOTA
bestemd voor de rechthebbende

Identificatie Medische raad

Identificatie patiënt

Benaming :

Naam - Voornaam :

Adres :

Dossiernr. in ziekenhuis :

Postnr. - Gemeente :

R.I.Z.I.V.-nummer :

Telefoonnummer :

Inschrijvingsnr. ziekenfonds :

Verwijzing naar de verzamelstaat van de honoraria, verstuurd aan het de verzekeringsinstelling (ziekenfonds) :

Periode hospitalisatie : van : te uur

tot : te uur

Nr. Ziekenfonds :

Nr. verzamelstaat :

Datum verzamelstaat :

Facturatieadres

Naam :

Adres :

Postnr. - Gemeente :

	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
		Persoonlijke tussenkomst patiënt	Supplement ten laste van de patiënt (1)
Medische en paramedische honoraria			
Code Toetreding (2)	Code Kamer (3)		
1. Forfaitaire honoraria per opneming (4)			
Forfaits klinische biologie			
<i>Naam Verstrekker :</i>			
.....
.....
Forfaits medische beeldvorming			
<i>Naam Verstrekker :</i>			
.....
.....
Forfaits medische wachtdienst			
<i>Naam Verstrekker :</i>			
.....
.....
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			
<i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i>			
<i>Naam Verstrekker :</i>			
.....
.....

(1) Onder supplement ten laste van de patiënt verstaat men een bedrag, dat aan de patiënt wordt aangerekend voor medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering en dat daarenboven niet wettelijk is vastgelegd.

(2) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroden tot het nationaal akkoord of overeenkomst) : code = C.

Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd : code = NC.

Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd : code = PC.

Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten : geen code invullen.

(3) Code éénpersoonskamer = P

Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M

(4) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.

Bijlage 66bis (vervolg)

Vervolg Uittreksel honorariumnota	Blz. :	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
			Persoonlijke tussenkomst patiënt	Supplement ten laste van de patiënt
<p>2.3. Andere verstrekkingen</p> <p><i>Naam Verstrekker :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Code toetreding</p> <p>Code Kamer</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
TOTAAL : IN BEF		.....	.....	.....
IN EURO		.....	.....	.....

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 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,

F. PRAET.

De voorzitter,

D. SAUER.

KENNISGEVING VAN HUISVESTING VAN RECHTHEBBENDEN IN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN (B.W.) EN BETALINGS-VERBINTENIS

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum : uur :

Datum van de kennisgeving :

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :

Handtekening - Naam :

De geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie of in de psychiatrie, verantwoordelijke voor het opnamebeleid,

Datum :

Handtekening - Naam :

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.I.	Vak voor de V.I.	Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Inschrijvingsnummer		Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum De verantwoordelijke, Datum :
		1 Code gerechtigde 2	Alle risico's Recht op grote risico's	100 %	Handtekening - Naam
	Kleine risico's	75 %			

(1) Schrappen wat niet past.
Exemplaar bestemd voor de verzekeringsinstelling.

**KENNISGEVING VAN HUISVESTING VAN
RECHTHEBBENDEN IN INITIATIEVEN VAN
BESCHUT WONEN (B.W.) EN BETALINGS-
VERBINTENIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum : uur :

Datum van de kennisgeving :
.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :

Handtekening - Naam :

De geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie of in de psychiatrie, verantwoordelijke voor het opnamebeleid,

Datum :

Handtekening - Naam :

(1) Schrappen wat niet past.

Exemplaar te bewaren in de inrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET.

De voorzitter,
D. SAUER.

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1) IN INITIATIEVEN VAN BESCHUTWONEN (B.W.)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur, heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)

is overleden op : (2)

is overgebracht naar (2)

is opgenomen in (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid - welke dient vermeld op de individuele kostennota - tenzij in geval van voltijdse opnemng in een verplegingsinrichting.

(2) Doorhalen wat niet past.

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1) IN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN (B.W.)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur, heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)

is overleden op : (2)

is overgebracht naar (2)

is opgenomen in (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid - welke dient vermeld op de individuele kostennota - tenzij in geval van voltijdse opneming in een verplegingsinrichting.

(2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

Formulier 768

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET.

De voorzitter,
D. SAUER.

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Bijlage 82

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting : Naam : Adres : Tel. : Erkenningsnummer :
--

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum : Nr. : Naam : Adres :
--

Op opgemaakte verzamelnota nr. van tot

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvingsnummer	Aan te rekenen aan V.I.	Ten laste patiënt	TOTAAL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Algemeen totaal voor de V.I. :				

Te betalen op rekening :
 met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De verantwoordelijke van de inrichting.
 (Datum, naam en handtekening).

INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN
Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :

Naam :
Adres :
Erkenningsnummer :

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr. :
Naam :
Adres :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :
Voornaam :
Adres :
Inschrijvingsnummer V.I. :

Identificatienummer van de gerechtigde :

Naam :
Voornaam :
Adres :
Inschrijvingsnummer V.I. :
Code gerechtigde :

- Gefactureerde verblijfsperiode : van tot
- Datum van huisvesting :
- Datum van einde huisvesting :

Aard van de kosten :	Code	Aantal dagen	Prijs per verblijfsdag	Bedrag aan te rekenen aan V.I.	Ten laste patiënt	TOTAAL
- Opnemingsprijs						
van tot						
..
..
..
- Prijs zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst
- Eventuele supplementen zoals voorzien in de verblijfsovereenkomst (omstandig vermelden)
- TOTAAL :				..... BEF EURO	..... BEF EURO	..... BEF EURO

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET

De voorzitter,
D. SAUER

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS
LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZOR-
GINGSTEHUIS (P.V.T.)**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum (2) : uur :

Datum van de aanvraag :

.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1)
opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.
Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende,
zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik
aanvraag.

Het betreft hier : **een eerste aanvraag - een verlenging - een transfer
- een wederopneming (1).**

Bij **wederopneming of transfer** : het akkoord van
tot blijft verder gelden.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend
geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aan-
vraag om tegemoetkoming in een P.V.T.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

Weigering vanaf :

Eventuele opmerkingen :

.....

.....

Datum :

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

.....

.....

.....

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.

Exemplaar bestemd voor de adviserend geneesheer.

AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
VI.	

Erkenningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum (2) : uur :
 Datum van de aanvraag :
 Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.
 Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.
 Het betreft hier : **een eerste aanvraag - een verlenging - een transfer - een wederopneming (1).**
 Bij **wederopneming of transfer** : het akkoord van tot blijft verder gelden.
 Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T.
 De verantwoordelijke van de inrichting.
 Datum :
 Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER
 Akkoord van tot
 Weigering vanaf :
 Eventuele opmerkingen :
 Datum :
 Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

Vak voor de VI.	Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Inschrijvingsnummer	
	Code gerechtigde		
	1	2	Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's
			100 % 75 %

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de VI.

Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum
 De verantwoordelijke,
 Datum :
 Handtekening - Naam

(1) Schrappen wat niet past.
 (2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.
 Exemplaar bestemd voor de administratie van de VI.

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR
VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN
VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH
VERZORGINGSTECHUIS (P.V.T.)**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
VI.	

Erkenningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Opnemingsdatum (2) : uur :

Datum van de aanvraag :

.....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld.
Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Het betreft hier : een eerste aanvraag - een verlenging - een transfer - een wederopneming (1).

Bij wederopneming of transfer : het akkoord van tot blijft verder gelden.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum :

Handtekening - Naam :

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot

Weigering vanaf :

Eventuele opmerkingen :

Datum :

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

Vak voor de VI.	Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Inschrijvingsnummer	
	1 Code gerechtigde 2	Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's	100 % 75 %

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de VI.

Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Datum :

Handtekening - Naam

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.

Exemplaar terug te zenden aan de instelling.

Bijlage 83.d

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS
LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZOR-
GINGSTEHUIS (P.V.T.)**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

<p>Opnemingsdatum (2) : uur :</p> <p>Datum van de aanvraag :</p> <p>Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld. Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag. Het betreft hier : een eerste aanvraag - een verlenging - een transfer - een wederopneming (1).</p> <p>Bij wederopneming of transfer : het akkoord van tot blijft verder gelden.</p> <p>Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T.</p> <p>De verantwoordelijke van de inrichting. Datum :</p> <p>Handtekening - Naam :</p>	<p>BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER</p> <p>Akkoord van tot</p> <p>Weigering vanaf :</p> <p>Eventuele opmerkingen :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Datum :</p> <p>Handtekening en stempel adviserend geneesheer,</p>
--	---

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

Formulier 765

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET.

De voorzitter,
D. SAUER.

onder gesloten omslag overmaken aan de adviserend geneesheer

**GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT TER STAVING VAN DE AANVRAAG VAN DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
BIJ VERBLIJF IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)**

Identificatiegegevens rechthebbendeIdentificatiegegevens gerechtigde

(invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen)

NAAM - Voornaam :
 Adres :
 Geboortedatum :
 Inschrijvingsnummer VI.

1. Hospitalisatie die opneming in P.V.T. voorafgaat

Identificatie ziekenhuis (erkeningsnummer) :

Datum opneming : Dienst :

Datum ontslag : Dienst :

2. Diagnose (DSM-III-R codes)

As 1

As 2

As 3 (ICD-9-CM).....

As 4

As 5 : huidig :

één jaar geleden :

3. Patiënt voldoet aan één van de volgende criteria voor opneming in een psychiatrisch verzorgingstehuis : **Psychiatrische patiënt met een langdurig gestabiliseerde psychiatrische stoornis met dien verstande dat hij :**

- geen ziekenhuisbehandeling vergt;
- niet in aanmerking komt voor opname in een rust- en verzorgingstehuis omwille van zijn psychiatrische toestand;
- niet in aanmerking komt voor beschut wonen;
- geen nood heeft aan een ononderbroken psychiatrisch toezicht;
- nood heeft aan een continue begeleiding;

 Mentaal gehandicapt met dien verstande dat hij :

- geen ziekenhuisbehandeling vergt;
- niet in aanmerking komt voor beschut wonen;
- niet in aanmerking komt voor opname in een medisch-pedagogische instelling;
- geen nood heeft aan een ononderbroken psychiatrisch toezicht;
- nood heeft aan een continue begeleiding.

4. Complementaire informatie :

.....

5. Aangevraagde periode : van tot

Identificatie (neuro)psychiater

Stempel (R.I.Z.I.V.-nummer)

Datum - Handtekening.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
 F. PRAET.

De voorzitter,
 D. SAUER.

**KENNISGEVING VAN EINDE
HUISVESTING (1) IN EEN PSYCHIA-
TRISCH VERZORGINGSTEHUIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkenningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)

is overleden op : (2)

is overgebracht naar (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opnemings in een verplegingsinrichting.

(2) Doorhalen wat niet past.

**KENNISGEVING VAN EINDE
HUISVESTING (1) IN EEN PSYCHIA-
TRISCH VERZORGINGSTEHUIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)

is overleden op : (2)

is overgebracht naar (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opneming in een verplegingsinrichting.

(2) Doorhalen wat niet past.

**KENNISGEVING VAN EINDE
HUISVESTING (1) IN EEN PSYCHIA-
TRISCH VERZORGINGSTEHUIS**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Referenties	
Inricht.	
V.I.	

Erkeningsnummer

Benaming :

Adres :

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming :

Adres :

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam : Geboortedatum :

Adres :

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)

is overleden op : (2)

is overgebracht naar (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening - Naam

.....

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opneming in een verplegingsinrichting.

(2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

Formulier 766

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET.

De voorzitter,
D. SAUER.

PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN
Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Bijlage 86

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van de inrichting : Naam : Adres : Tel. : Erkenningsnummer :
--

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum : Nr. : Naam : Adres :
--

Op opgemaakte verzamelnota nr. van tot

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de rechthebbende	Inschrijvings- nummer	Aan te rekenen aan VI.		Ten laste patiënt	TOTAAL
			Tegemoetkoming Z.I.V.	Tegemoetkoming Staat		
A. <u>Psychiatrische patiënten</u>						
.....
.....
.....
B. <u>Mentaal gehandikapt</u>						
.....
.....
.....
Algemeen totaal voor de VI. :						

Te betalen op rekening :
met de verwijzing :

Overeenstemmingsstrook

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele nota aan de rechthebbenden is bezorgd.
De verantwoordelijke van de inrichting.
(Datum, naam en handtekening)

Bijlage 86 (vervolg 1)

PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN
 Inrichtingen bedoeld in artikel 34, II^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :

Naam :
 Adres :
 Erkenningsnummer :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :

Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :

Nr. :
 Naam :
 Adres :

Identificatie van de gerechtigde :

Naam :
 Voornaam :
 Adres :
 Inschrijvingsnummer V.I. :
 Code gerechtigde :

- Gefactureerde verblijfsperiode : van tot

1^o model 765

Inrichting :
 V.I. :

laatste model 765

Inrichting :
 V.I. :

model 766

Inrichting :
 V.I. :

Bijlage 86 (vervolg 2)

Aard van de kosten :	Code	Aantal dagen	Opnemingsprijs per dag	Bedragen aan te rekenen aan V.I.		Ten laste patiënt	TOTAAL
				Tegemoetkoming Z.I.V.	Tegemoetkoming Staat		
- Opnemingsprijs							
van uur tot uur							
.. .. .							
.. .. .							
.. .. .							
- Persoonlijk aandeel farmaceutische specialiteiten							
- Farmaceutische kosten (factuur geneesmiddelen in bijlage)							
- Opnemingsprijs in geval van individueel verlof (artikel 5, § 1, van de nationale overeenkomst P.V.T.)							
van uur tot uur							
.. .. .							
.. .. .							
.. .. .							
- Opnemingsprijs in geval van collectief vakantieverblijf (artikel 5, § 2, van de nationale overeenkomst P.V.T.)							
van uur tot uur							
.. .. .							
.. .. .							
.. .. .							
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)							
- TOTAAL :				BEF	BEF	BEF	BEF
				EURO	EURO	EURO	EURO

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De leidend ambtenaar,
F. PRAET

De voorzitter,
D. SAUER