

Art. 2. Het artikel 6, § 3, van het nationaal akkoord 1995-1996 van 26 september 1995, dat voorziet in de mogelijkheid de inhaalrust ten beloop van maximaal het wettelijk bepaald aantal overuren niet toe te kennen, onder voorwaarde dat er op ondernemingsvlak een collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten, wordt verlengd tot 30 juni 2009.

Art. 3. Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten voor bepaalde duur, gaande van 1 januari 2007 tot 30 juni 2009.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 juli 2008.

De Vice-Eerste Minister
en Minister van Werk en Gelijke Kansen,
Mevr. J. MILQUET

Art. 2. L'article 6, § 3, de l'accord national 1995-1996 du 26 septembre 1995, qui prévoit la possibilité de ne pas accorder de repos compensatoire à concurrence du nombre maximum d'heures supplémentaires fixé par la loi, à condition qu'une convention collective de travail soit conclue au niveau de l'entreprise, est prolongé jusqu'au 30 juin 2009.

Art. 3. La présente convention collective de travail est conclue pour une durée déterminée qui s'étend du 1^{er} janvier 2007 jusqu'au 30 juin 2009.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 24 juillet 2008.

La Vice-Première Ministre
et Ministre de l'Emploi et de l'Égalité des Chances,
Mme J. MILQUET

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 2717 (2008 — 2541) [C — 2008/22450]

13 JULI 2008. — Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen I en II bij het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* van 1 augustus 2008, blz. 40641, punt 3°, lees :

§ 22 L arginine	V06DE99B	§ 22 L arginine	V06DE99B
--------------------	----------	--------------------	----------

In plaats van :

§ 23 L arginine	V06DE99B	§ 23 L arginine	V06DE99B
--------------------	----------	--------------------	----------

Au lieu de :

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 2718 [C — 2008/22438]

28 JULI 2008. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité 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 8 juni 2007 tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; inzonderheid op artikel 6, 7, 9, 10 en 13;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 28 juli 2008,

Besluit :

Artikel 1. Het artikel 6, § 1, punt 8, vierde lid, van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen als volgt :

« In afwijking op de bepalingen van het eerste en tweede lid en op voorwaarde dat voldaan wordt aan de kwaliteitsvereisten zoals vastgesteld door het Verzekeringscomité, kan de individuele factuur die betrekking heeft op de prestaties vanaf 1 januari 2009 en waarvan

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2008 — 2718 [C — 2008/22438]

28 JUILLET 2008. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; notamment l'article 6, 7, 9, 10 et 13;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 28 juillet 2008,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 6, § 1^{er}, point 8, alinéa 4, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est remplacé comme suit :

« Par dérogation aux dispositions des premier et deuxième alinéas et à condition qu'il soit satisfait aux exigences de qualité fixées par le Comité de l'assurance, la facture individuelle relative aux prestations effectuées à partir du 1^{er} janvier 2009 et dont le modèle est prévu aux

het model is voorzien in de bijlagen 22, 23, 24 en 25 op elektronische wijze aan de verzekeringsinstelling worden overgemaakt. In die situatie moet de verzamelfactuur zoals voorzien in de bijlagen 22, 23, 24 en 25, opgemaakt per verzekeringsinstelling of ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum en ondertekend door de verantwoordelijke van de instelling, door de hoofd-geneesheer en door de apotheker-diensthoofd niet meer verstuurd worden naar de verzekeringsinstelling, maar gedurende tien jaar bewaard worden in het ziekenhuis. De documenten tezamen met de verzamelborderel die er volgens de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging moet worden aan toegevoegd, dienen verder manueel worden overgemaakt aan het ziekenfonds. »

Art. 2. Het artikel 7 § 2, punt 2, eerste lid van dezelfde verordening wordt met de volgende zin aangevuld :

« Op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging (bijlage 33, *a, b* en *d*) vult de verzekeringsinstelling in het vakje « recht op de maximumfactuur in het jaar » het jaartal waarin de rechthebbende recht heeft op de maximumfactuur. »

Art. 3. Het artikel 9 van dezelfde verordening wordt met het volgende lid aangevuld :

« In afwijking op de bepalingen van het eerste lid dient de overeenstemmingsstrook niet aangebracht te worden op de verzamelfactuur van de verpleeginrichtingen zoals voorzien in de bijlagen 22, 23, 24, en 25 indien de verzamelfactuur in toepassing van artikel 6, § 1, punt 8, vierde lid, van deze verordening bewaard wordt in het ziekenhuis. »

Art. 4. Het artikel 10 van dezelfde verordening wordt met de volgende paragrafen aangevuld :

« § 3. Op het uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt (bijlage 37) en de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) wordt, indien het ziekenhuis van de informatie omtrent het recht op de maximumfactuur in kennis werd gebracht overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 juni 2007 tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, de vermelding « recht op de maximumfactuur in » afgedrukt en het jaartal ingevuld waarin de rechthebbende recht heeft op de maximumfactuur.

§ 4. Wanneer persoonlijke aandelen en supplementen op basis van een contractuele of wettelijke bepaling rechtsreeks ten laste worden genomen door een derde, dienen deze op het uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt (bijlage 37) en de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) vermeld te worden. Het ziekenhuis dient onderaan het uittreksel van de verpleegnota bestemd voor de patiënt (bijlage 37) en de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) te vermelden dat het bedrag ten laste van de patiënt door het ziekenhuis rechtstreeks aan deze derde gefactureerd wordt. »

Art. 5. In het artikel 13 van dezelfde verordening worden de woorden « bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7 » vervangen door de woorden « bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 8 ».

Art. 6. De bijlagen 22, 22 (vervolg 1), 23, 23 (vervolg 1), 24, 24 (vervolg 1), 25, 25 (vervolg 1), 33a, 33a (vervolg), 33b, 33c, 33d, 37, 37 (vervolg 1), 37 (vervolg 2) en 38 worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 7. Deze verordening treedt in werking op de dag van publicatie in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van artikel 3 dat van toepassing is voor de individuele facturen met een factuurdatum vanaf 1 januari 2009.

Brussel, 28 juli 2008.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder.

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx.

annexes 22, 23, 24 et 25, peut être transmise à l'organisme assureur via un support électronique. Dans ce cas, la facture récapitulative prévue aux annexes 22, 23, 24 et 25, établie par organisme assureur ou mutualité ou Office régional ou Centre médical régional, et signée par le responsable de l'établissement, le médecin-chef de l'établissement ainsi que le pharmacien-chef de service n'est plus envoyée à l'organisme assureur, mais est conservée pendant dix ans à l'hôpital. Les documents ainsi que le bordereau récapitulatif qui doit y être joint aux termes de la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé, doivent continuer d'être transmis manuellement à la mutualité. »

Art. 2. L'article 7, § 2, point 2, alinéa 1^{er} du même règlement est complété par la phrase suivante :

« Aux modèles figurant à l'annexe 33, *a, b* et *d*, l'organisme assureur complète à la case « droit au maximum à facturer dans l'année » l'année au cours de laquelle le bénéficiaire a droit au maximum à facturer. »

Art. 3. L'article 9 du même règlement est complété par l'alinéa suivant :

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la vignette de concordance ne doit pas être apposée sur la facture récapitulative des établissements hospitaliers comme prévue aux annexes 22, 23, 24 et 25 si la facture récapitulative en application de l'article 6, § 1^{er}, point 8, alinéa 4, de ce règlement est conservée à l'hôpital. »

Art. 4. L'article 10 du même règlement est complété par les paragraphes suivants :

« § 3. La mention "droit au maximum à facturer en" doit être apposée sur l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et sur l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38), de même que l'année au cours de laquelle le bénéficiaire a droit au maximum à facturer, pour autant que l'hôpital ait reçu les informations concernant le droit au maximum à facturer conformément à l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.

§ 4. Lorsque des interventions personnelles et des suppléments sont directement pris en charge par un tiers sur la base d'une disposition contractuelle ou légale, ceux-ci doivent être mentionnés sur l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et sur l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38). L'hôpital doit indiquer au bas de l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et de l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38) que le montant à charge du patient est directement facturé à ce tiers par l'hôpital. »

Art. 5. A l'article 13 du même règlement, les mots « prévus à l'article 4, §§ 3 à 7 » sont remplacés par les mots « prévus à l'article 4, §§ 3 à 8 ».

Art. 6. Les annexes 22, 22 (suite 1), 23, 23 (suite 1), 24, 24 (suite 1), 25, 25 (suite 1), 33a, 33a (suite), 33b, 33c, 33d, 37, 37 (suite 1), 37 (suite 2) et 38 sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 7. Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception de l'article 3 qui est en application pour les factures individuelles datées à partir du 1^{er} janvier 2009.

Bruxelles, le 28 juillet 2008.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-président,

D. Broeckx.

Bijlage 22

VERPLEEGNOTA: 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting: Verwijzing naar de elektronische drager: Identificatie van verzekeringsinstelling of ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam: Zending: nr. Nr.:

Adres : Derdebetalersregeling: nr.: Naam:

Tel.: Maand van de facturering: Adres:

RIZIV-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.			Controlecijfer individuele facturen
			Voor rekening van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers	Voor rekening van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers	Totaal	
.....
			Algemeen totaal voor de V.I.		.....	.....	.....	.....

Te storten op rekening:
met de verwijzing:

Controlecijfer zending:

IK BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE DE VERBLIJFKOSTEN, DE AFLEVERING VAN BLOED EN BLOEDPLASMA EN HET GEBRUIK VAN WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG ALS ALLOGREFE JUIST ZIJN EN DAT IK IN ELK GEVAL DE BEPALINGEN VAN ARTIKEL 10 VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB 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 VERPLEEG-INRICHTING, 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 BEWIJS-STUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE HOOPDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam en handtekening)

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

(Datum, naam, RIZIVI-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 22 (vervolg1)
VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur: van

Blz.:

Nr. zending/verb.:

Ref. inrichting:

Identificatie van de inrichting:

Identificatie van de rechthebbende:

Naam:

Naam:

Adres:

Voornaam:

Tel.:

Adres:

RIZIV-nr.:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

CG 1: CG 2:

Opname: Om:

Ontslag: Om:

VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van:	Uur:	Tot:	Uur:	Prestatie-code	Aantal dagen of gevallen	Eenheids-prijs	Verblijf – of herscholingskosten					
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal	Ligdag-prijs Ziekenhuis 100 %		
.....	BEDRAG PER OPNEMING												
	Codenummer verstrekking in geval van chirurgisch dagziekenhuis:												
.....	BEDRAG PER												
	DAG												
.....	PERSOONLIJK												
	AANDEEL												
.....	PRIJS PER PA-												
	RAMETER VAN												
	ACTIVITEIT												
.....	NIET GEFACTUREERDE												
	DAGEN												
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.												
	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE												
.....	FORF. DIALYSE												
	FORF. ART. 4 NAT.OVEREENK. OP: ...												
.....	CODENR.VERSTREKKING:												
	DRINGENDE OPNEMING PSYCHIATRIE – ART. 2 NAT. OVEREENKOMST												
.....	VERPLAATSINGSKOST.: datum:												
	Aantal kilometers:												
.....	VAST BEDRAG REVALIDATIE EN HERSCHOLING												
	VAST BEDRAG												
.....	VAST BEDRAG												
	1 DAG:												
.....	VAST BEDRAG 1/2												
	DAG:												
NOG VERSCHULDIGDE VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN													
SUBTOTAAL													

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 23**VERPLEEGNOTA: 1. VERZAMELFACTUUR**

Identificatie van de inrichting: Verwijzing naar de elektronische drager: Identificatie van verzekeringsinstelling of ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam: Zending: nr. Nr.:

Adres : Derdebetalersregeling: nr.: Naam:

Tel.: Maand van de facturering: Adres:

RIZIV-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.			Controlecijfer individuele facturen
			Voor rekening van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers	Voor rekening van de inrichting	Voor rekening van de verstrekkers	Totaal	
.....
			Algemeen totaal voor de V.I.		.....	.....	.....	.....

Te storten op rekening:
met de verwijzing:

Controlecijfer zending:

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 10 VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB 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 VERPLEEG-INRICHTING, 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 VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE HOOPDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam en handtekening)

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

(Datum, naam, RIZIVI-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 23 (vervolg 1)
VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur: van

Blz.:

Nr. zending/verb.:

Ref. inrichting:

Identificatie van de inrichting:

Identificatie van de rechthebbende:

Naam:

Naam:

Adres:

Voornaam:

Tel.:

Adres:

RIZIV-nr.:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

CG 1: CG 2:

Opname: Om:

Ontslag: Om:

VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van:	Uur:	Tot:	Uur:	Prestatie-code	Aantal dagen of gevallen	Eenheids-prijs	Verblijf – of herscholingskosten					
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal	Ligdag-prijs Ziekenhuis 100 %		
.....	BEDRAG PER OPNEMING												
	Codenummer verstrekking in geval van chirurgisch dagziekenhuis:												
.....	BEDRAG PER DAG												
.....	PERSOONLIJK AANDEEL												
.....	PRIJS PER PARAMETER VAN ACTIVITEIT												
.....	NIET GEFACUREERDE DAGEN												
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.												
.....	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE												
.....	FORF. DIALYSE												
.....	FORF. ART. 4 NAT.OVEREENK. OP:												
.....	CODENR.VERSTREKKING:												
.....	DRINGENDE OPNEMING PSYCHIATRIE – ART. 2 NAT. OVEREENKOMST												
.....	VERPLAATSINGSKOST: datum: Aantal kilometers:												
.....	VAST BEDRAG REVALIDATIE EN HERSCHOLING												
.....	VAST BEDRAG 1 DAG:												
.....	VAST BEDRAG 1/2 DAG:												
.....	NOG VERSCHULDIGDE VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN												
	SUBTOTAAL												

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 24**VERPLEEGNOTA: 1. VERZAMELFACTUUR**

Identificatie van de inrichting: Verwijzing naar de elektronische drager: Identificatie van verzekeringsinstelling of ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam: Zending: nr. Nr.:

Adres: Derdebetalersregeling: nr.: Naam:

Tel.: Maand van de facturering: Adres:

RIZIV-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.			Controlecijfer individuele facturen
			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)	Totaal	
.....
Algemeen totaal voor de V.I.			.....(1)	.....(2)	.....	.....	.....	.....

Controlecijfer zending:

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

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 10 VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB 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 VERPLEEG-INRICHTING, VERKLAAR DAT DE AANGEREKENE PRIJZEN ZIJN BEREKEND CONFORM DE TER ZAKE DOOR DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN VASTGESTELDE BEPALINGEN.
 DE FARMACEUTISCHE PRODUKTEN DIE ZIJN VERMELD OP DEZE STAAT, ZIJN AFGELEVERD OVEREENKOMSTIG DE GELDENDE REGELEN EN DE BEWIJS-STUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening)

DE HOOPDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIVI-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 24 (vervolg 1)
VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur:	Blz.:
Nr. zending/verb.:	Ref. inrichting:
<hr/>	
Identificatie van de inrichting:	Identificatie van de rechthebbende:
Naam:	Naam:
Adres:	Voornaam:
Tel.:	Adres:
RIZIV-nr.:	Verzekeringsinstelling:
	Inschrijvingsnummer:
	CG 1: CG 2:
	Opname: Om:
	Ontslag: Om:

RUBRIEK A: Bedragen te storten op rekening A**VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN**

Code dienst	Van:	Uur:	Tot:	Uur:	Prestatie-code	Aantal dagen of gevallen	Eenheids-prijs	Verblijf – of herscholingskosten					
								Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal	Ligdag-prijs Ziekenhuis 100 %		
.....	BEDRAG PER OPNEMING												
	Codenummer verstrekking in geval van chirurgisch dagziekenhuis:												
.....	BEDRAG PER												
	DAG												
.....	PERSOONLIJK												
	AANDEEL												
.....	PRIJS PER PA-												
	RAMETER VAN ACTIVITEIT												
.....	NIET GEFACUREERDE												
	DAGEN												
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT.												
	FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE												
.....	FORF. DIALYSE												
	FORF. ART. 4 NAT. OVEREENK. OP:												
.....	CODENR. VERSTREKKING:												
	DRINGENDE OPNEMING PSYCHIATRIE – ART. 2 NAT. OVEREENKOMST												
.....	VERPLAATSINGSKOST.: datum :..... Aantal kilometers:												
	VAST BEDRAG REVALIDATIE EN HERSCHOLING												
.....	VAST BEDRAG												
	1 DAG:												
.....	VAST BEDRAG 1/2												
	DAG:												
.....	NOG VERSCHULDIGDE VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN												
.....	SUBTOTAAL												

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 25**VERPLEEGNOTA: 1. VERZAMELFACTUUR**

Identificatie van de inrichting: Verwijzing naar de elektronische drager: Identificatie van verzekeringsinstelling of ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Naam: Zending: nr. Nr.:

Adres: Derdebetalersregeling: nr.: Naam:.....

Tel.: Maand van de facturering: Adres:.....

RIZIV-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.			Controlecijfer individuele facturen
			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)	Totaal	
.....
Algemeen totaal voor de V.I.			.....(1)	..... (2)	.....	.....	.....	.....

Controlecijfer zending:.....

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

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 10 VAN DE VERORDENING OP DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN ACHT HEB 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 VERPLEEG-INRICHTING, 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 BEWIJS-STUKKEN ZIJN MIJ BEZORGD.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

DE HOOFDGENEESHEER,

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam en handtekening)

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 25 (vervolg 1)
VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR

Nr. factuur: van

Blz.:

Nr. zending/verb.:

Ref. inrichting:

Identificatie van de inrichting:

Identificatie van de rechthebbende:

Naam:

Naam:

Adres:

Voornaam:

Tel.:

Adres:

RIZIV-nr.:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

CG 1: CG 2:

Opname: Om:

Ontslag: Om:

RUBRIEK A: Bedragen te storten op rekening A

VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN

Code dienst	Van:	Uur:	Tot:	Uur:	Prestatie-code	Aantal dagen of gevallen	Eenheids-prijs	Verblijf – of herscholingskosten			
								Ten laste V.l.	Ten laste patiënt	Totaal	Ligdag-prijs Ziekenhuis 100 %
.....	BEDRAG PER OPNEMING Codenummer verstrekking in geval van chirurgisch dagziekenhuis:										
.....	BEDRAG PER DAG										
.....	PERSOONLIJK AANDEEL							-			-
.....	PRIJS PER PA- RAMETER VAN ACTIVITEIT										
.....	NIET GEFACUREERDE DAGEN										
.....	PERSOONLIJK AANDEEL IN DE TERUGBETAALBARE FARMAC. SPECIALIT. FORF. HONORARIUM PER LIGDAG KLINISCHE BIOLOGIE										
.....	FORF. DIALYSE										
.....	FORF. ART. 4 NAT. OVEREENK. OP: ...										
.....	CODENR. VERSTREKKING:.....										
.....	DRINGENDE OPNEMING PSYCHIATRIE – ART. 2 NAT. OVEREENKOMST										
.....	VERPLAATSINGSKOST.: datum:..... Aantal kilometers:.....										
.....	VAST BEDRAG REVALIDATIE EN HERSCHOLING										
.....	VAST BEDRAG 1 DAG:										
.....	VAST BEDRAG 1/2 DAG:										
NOG VERSCHULDIGDE VERBLIJFS- OF REVALIDATIE- EN HERSCHOLINGSKOSTEN											
SUBTOTAAL											

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 33a

**KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
EN BETALINGVERSVERBINTENIS
Formulier 721bis**

VERPLEEGINRICHTING RIZIV-nummer:.....	Benaming en adres
VERZEKERINGSINSTELLING Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Benaming en adres:

RECHTHEBBENDE

INSZ (5): Geslacht
 1 – M
 Geboortedatum: 2 – V
 Naam – Voornaam:
 Adres:

Opnemingsdatum Uur Code dienst (1)

Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast
vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opname
wel – niet (2) het gevolg van een ongeval, het gevolg –
niet het gevolg (2) van een beschermmaatregel.

Voor de verpleeginrichting.

VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING

Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs

Vanaf		Code persoonlijke tussenkomst	Bedrag
Eerste dag	.....	.....	.....
Tweede dag	.....	.....	.....
.....
.....
KG1	KG 2	Recht op maximumfactuur in het jaar:	K.B. van 29-9-02 (3) van toepassing (2)
.....	.....	.....	JA NEEN
			K.B. van 14-06-2006 (4) van toepassing (2)
			JA NEEN
Aantal verblijfsdagen bedoeld in KB 14-06-2006 Art. 1, eerste lid 7° a)			
Aantal verblijfsdagen bedoeld in KB 14-06-2006 Art. 1, eerste lid 7° b)			

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de kosten
betreffende de opname in de verpleeginrichting van
vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de
tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de
reglementering welke geldt in de verplichte verzekering
voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming
van de adviserend geneesheer is deze
betalingsverbintenis geldig voor de duur van de
verpleging of totdat ze door de verzekeringsinstelling
wordt ingetrokken.

Stempel van de V.I.

**Voor het ziekenfonds – gewestelijke dienst –
gewestelijk geneeskundig centrum**

De verantwoordelijke,

Datum

(Handtekening – Naam)

Exemplaar terug te sturen naar verpleeginrichting

- (1) Zie codificatie op keerzijde
- (2) Doorhalen wat niet past.
- (3) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (honorariasupplementen).
- (4) Koninklijk besluit in uitvoering van artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (supplementen tweepersoonskamer).
- (5) Voor personen die geen INSZ-nummer hebben, dient het inschrijvingsnummer van de mutualiteit vermeld te worden.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 33a (vervolg)**CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN**

RIZIV dienstcodes	Index	Omschrijving
190	N*	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
200	B	Dienst voor behandeling van TBC
210	C	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
220	D	Dienst voor diagnose en medische behandeling
230	E	Dienst voor kindergeneeskunde
240	H	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
250	L	Dienst voor besmettelijke ziekten
260	M	Kraamdienst
270	NIC	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
290	-	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden
300	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
340	K	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
350	K 1	Dagverpleging in een K-dienst
360	K 2	Nachtverpleging in een K-dienst
370	A	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
380	A 1	Dagverpleging in een A-dienst
390	A 2	Nachtverpleging in een A-dienst
410	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
420	T 1	Dagverpleging in een T-dienst
430	T 2	Nachtverpleging in een T-dienst
440	Tf	Gezinsverpleging in ziekenhuis
450	Tp	Gezinsverpleging in gezin
480	IB	Dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
490	(i)	Functie intensieve verzorging
610	S1	Cardio-pulmonaire aandoeningen
620	S2	Locomotorische aandoeningen
630	S3	Neurologische aandoeningen
640	S4	Chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
650	S5	Chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
660	S6	Psychogeriatrische aandoeningen

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 33b
KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
EN BETALINGVERSVERBINTENIS
Formulier 721bis

VERPLEEGINRICHTING RIZIV-nummer:	Benaming en adres		
VERZEKERINGSINSTELLING Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum	Benaming en adres:		
RECHTHEBBENDE INSZ: Geboortedatum: Naam – Voornaam: Adres:	Geslacht 1 – M 2 – V		
Opnemingsdatum Uur Code dienst	Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermeldde datum en uur. Bij mijn weten is deze opname wel – niet (1) het gevolg van een ongeval, het gevolg – niet het gevolg (1) van een beschermmaatregel. Voor de verpleeginrichting. Datum (Handtekening – Naam)		
VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING			
Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs			
Vanaf	Code persoonlijke tussenkomst	Bedrag	
Eerste dag	.....	.....	.....
Tweede dag	.....	.....	.....
.....
.....
.....
.....
KG1	KG 2	Recht op maximumfactuur in het jaar:	K.B. van 29-9-02 (2) van toepassing (1)
...	...	.....	JA NEEN
			K.B. van 14-06-2006 (3) van toepassing (1)
			JA NEEN
Aantal verblijfsdagen bedoeld in KB 14-06-2006 Art. 1, eerste lid 7° a)			
Aantal verblijfsdagen bedoeld in KB 14-06-2006 Art. 1, eerste lid 7° b)			
Stempel van de V.I.		Voor het ziekenfonds – gewestelijke dienst – gewestelijk geneeskundig centrum De verantwoordelijke, Datum (Handtekening – Naam)	

Exemplaar voor de verplegingsinstelling

- (1) Doorhalen wat niet past.
- (2) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (honorariasupplementen).
- (3) Koninklijk besluit in uitvoering van artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (supplementen tweepersoonskamer).
- (4) Voor personen die geen INSZ-nummer hebben, dient het inschrijvingsnummer van de mutualiteit vermeld te worden.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 33c**KENNISGEVING VAN ZIEKENHUISVERPLEGING
EN BETALINGSVERBINTENIS**

Formulier 721bis

VERPLEEGINRICHTING RIZIV-nummer:.....			Benaming en adres
VERZEKERINGSINSTELLING Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijke geneeskundig centrum			Benaming en adres:
RECHTHEBBENDE INSZ (2): Geboortedatum: Naam – Voornaam: Adres:			Geslacht 1 – M 2 – V
Opnemingsdatum	Uur	Code dienst	Deze rechthebbende werd opgenomen op hiernaast vermelde datum en uur. Bij mijn weten is deze opnemering wel – niet (1) het gevolg van een ongeval, het gevolg – niet het gevolg (1) van een beschermmaatregel. Voor de verpleeginrichting, Datum (Handtekening – Naam)

Exemplaar te bewaren door de verpleeginrichting

- (1) Doorhalen wat niet past.
(2) Voor personen die geen INSZ-nummer hebben, dient het inschrijvingsnummer van de mutualiteit vermeld te worden.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 33d

**BETALINGSVERBINTENIS VOOR
GEHOSPITALISEERDE PATIENT**

VERPLEEGINRICHTING					
RIZIV-nummer:				Benaming en adres	
.....					
RECHTHEBBENDE				Geslacht	
INSZ (4):				1 – M	
Geboortedatum:				2 – V	
Naam – Voornaam:					
Adres:					
Opnemingsdatum	Uur	Code dienst	Bescherm.		
.....	.....	.....	Ja/nee (1)		
VAK IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING					
Persoonlijke tussenkomst in de ligdagprijs					
Vanaf		Code persoonlijke tussenkomst	Bedrag		
Eerste dag	.....	.....	.....
Tweede dag	.....	.....	.....
		
		
BETALINGSVERBINTENIS					
KG1	KG 2	Recht op maximumfactuur in het jaar:	K.B. van 29-9-02 (2) van toepassing (1)		
...	...	.....	JA	NEEN	
			K.B. van 14-06-2006 (3) van toepassing (1)		
			JA	NEEN	
Aantal verblijfsdagen bedoeld in KB 14-06-2006 Art. 1, eerste lid 7° a)			.....	
Aantal verblijfsdagen bedoeld in KB 14-06-2006 Art. 1, eerste lid 7° b)			.....	
<p>De verzekeringstelling verbindt zich ertoe de kosten betreffende de opening in de verpleeginrichting van vorenvermelde rechthebbende te vergoeden volgens de tarieven en voorwaarden waarin is voorzien bij de reglementering welke geldt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Onverminderd de bepalingen betreffende de instemming van de adviserend geneesheer is deze betalingsverbintenis geldig voor de duur van de verpleging of totdat ze door de verzekeringstelling wordt ingetrokken.</p> <p>Voor het ziekenfonds – gewestelijke dienst – gewestelijk geneeskundig centrum</p> <p>De verantwoordelijke,</p> <p style="text-align: right;">Datum</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">(Handtekening – Naam)</p>					
<p>IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF GEWESTELIJK GENEESKUNDIG CENTRUM</p> <p>Exemplaar terug te sturen naar verpleeginrichting.</p>					

(1) Doorhalen wat niet past.

(2) Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (honoriasupplementen).

(3) Koninklijk besluit in uitvoering van artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (supplementen tweepersoonskamer).

(4) Voor personen die geen INSZ-nummer hebben, dient het inschrijvingsnummer van de mutualiteit vermeld te worden.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 37

Datum van verzending:

Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt*Identificatie ziekenhuis**Identificatie patiënt**Benaming:**Naam – voornaam:**Adres:*

Dossiernr. in ziekenhuis:

*Postnr. – Gemeente:**RIZIV-nummer:*

Nummer bij het ziekenfonds :

*Tel.:***Verpleegnota aan het ziekenhuis**

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

tot:te.....uur

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds):

Nr. Verpleegnota:

Datum Verpleegnota:

*Facturatieadres**Naam:**Adres:**Postnr. – Gemeente:*

Recht op maximumfactuur in (1):

1. VERBLIJFSKOSTEN				Aantal dagen	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
						Persoonlijk aandeel (1)	Supplement kamer
1.1. Verbljfskosten hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis							
Dienst	Type kamer	van:	tot:				
.....	Bedrag per opneming			.....		
.....	Bedrag per dag in:						
.....	- Gemeenschappelijke kamer	.....	.....	.....	.....
.....	- Tweepersoonskamer	.....	.....	.....	.....		.....
.....	- Eénpersoonskamer	.....	.....	.....	.....		.....
.....	Collectief vakantiecamp	.....	.....	.....	.....
	Persoonlijk aandeel (1)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Ter informatie: de totale kost van uw verblijf bedraagt EUR. Een deel hiervan werd reeds rechtstreeks door uw ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald.							
Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt EUR. (2)							
	Forfait geneesmiddelen (1) (2)	.....	.....	.....	.....	.....
	Forfaitair medisch honorarium per verpleegdag (2)	.....	.....	.....	.....	.....
	Forfait hemodialyse bij gehospitaliseerde	.....	.....	.....	.....	.....
	Forfait dagziekenhuis bij gehospitaliseerde	.....	.....	.....	.....	.....
1.2. Verbljfskosten daghospitalisatie							
1.2.1. Miniforfait							
	Type kamer	datum:					
	Gemeenschappelijke	.....		.....	.....		.....
	Tweepersoonskamer	.....		.....	.....		.....
	Eénpersoonskamer	.....		.....	.....		.....
1.2.2. Maxiforfait, forfaits dagziekenhuis en chronische pijn							
	Type kamer	datum:					
	Gemeenschappelijke	.....		.....	.....		.....
	Tweepersoonskamer	.....		.....	.....		.....
	Eénpersoonskamer	.....		.....	.....		.....

(1) Indien in de loop van een kalenderjaar de maximumfactuur bereikt werd, worden de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dat kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds. Uitzondering: persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366 dag opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.

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

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 37 (vervolg 1)

1.2.3. Gipskamer	Datum:					
1.3. Forfait hemodialyse – peritoneale dialyse (4)	van	tot.....	.....	.....	.....	.....
1.4. Revalidatie	van	tot.....	.....	.....	.....	.....
1.5. Forfait voor- nabehandeling revalidatie	van	tot.....	.....	.....	.....	.....
SUBTOTAAL VERBLIJFSKOSTEN						

2. APOTHEEK – FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN – KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN	Code	Hoeveelheid	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
				Persoonlijk aandeel (1)	Supplement of ander bedrag (2)
2.1. Farmaceutische en parafarmaceutische producten					
2.1.1. Vergoedbare producten					
2.1.1.1. Bedrag volledig ten laste ziekenfonds				
2.1.1.2. Deels ten laste patiënt <i>Naam product:</i>		
2.1.1.3. Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer <i>Naam product:</i>		
2.1.2. Niet vergoedbare producten <i>Naam product:</i>		
2.1.3. Parafarmaceutische producten <i>Naam product:</i>		
2.2. Implantaten en prothesen en niet implanteerbare medische hulpmiddelen					
2.2.1. Vergoedbare producten <i>Naam levering:</i> <i>Veiligheidsgrens (1):</i> <i>Afleveringsmarge (1) (3):</i>
2.2.2. Niet-vergoedbare producten <i>Naam levering:</i>
SUBTOTAAL: APOTHEEK – FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN – KOSTEN VOOR IMPLANTATEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN		

- (1) Indien in de loop van een kalenderjaar de maximumfactuur bereikt werd, worden de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dat kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds. Uitzondering: persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366 dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (2) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.
- (3) Hieronder verstaat men een afleveringsvergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert en aflevert; dit bedrag wordt gefactureerd onder "persoonlijk aandeel".
- (4) Vergoeding verhoogde kosten patiënt voor water, elektriciteit en telefoon die door dialyse thuis worden veroorzaakt (Cfr. Art.3 §2 a) van KB 23 juni 2003)

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Bijlage 37 (vervolg 2)

3. MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA	Nomenclatuur-nummer	Code toetreding (4)	Code Kamer (5)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de Patiënt	
					Persoonlijk aandeel (1)	Supplement of ander bedrag (7)
3.1. Forfaitaire honoraria per opname (1) (6)						
Forfait klinische biologie en Forfaitair honorarium klinische biologie					
Forfait honorarium medische beeldvorming en Consultancehonorarium					
Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis					
	Nomenclatuur-nummer	Code toetreding (4)	Code Kamer (5)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de Patiënt	
	Aantal prestaties				Persoonlijk aandeel (1)	Supplement of ander bedrag (7)
3.2. Honoraria:						
3.2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt (1)						
TOTAAL:					
3.2.2. Honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt						
<i>Volgens specialisme en/of type verstrekker</i>						
<i>Specialisme:.....</i>						
<i>Naam Verstreker:.....</i>
3.2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt						
<i>Naam Verstreker:.....</i>		
<i>Aard van de prestatie:.....</i>						
3.2.4. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen: K.B. 23-3-1982 (8)				-16,40	+16,40	
SUBTOTAAL HONORARIA:			
4. ANDERE LEVERINGEN						
<i>Naam levering (1)</i>						
.....			
.....			
.....			
SUBTOTAAL ANDERE LEVERING:			

- (1) Indien in de loop van een kalenderjaar de maximumfactuur bereikt werd, worden de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dat kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds. Uitzondering: persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366 dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (4) Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetreten 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: code invullen.
- (5) Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M.
- (6) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- (7) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijke vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.
Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.
- (8) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.
Deze persoonlijke tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenfonds ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Ondervoorzitter,

D. Broeckx

Bijlage 38

Datum van verzending:.....

Honorariumnota
bestemd voor de patiënt

Identificatie ziekenhuis

Identificatie patiënt

Benaming:

Naam – voornaam:

Adres:

Dossiernr. in ziekenhuis:

Postnr. – Gemeente:

RIZIV-nummer:

Tel.:

Nummer bij het ziekenfonds:

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

Periode hospitalisatie:

van:te.....uur

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds):

Facturatieadres

tot:te.....uur

Nr. Verpleegnota:

Naam:

Datum verzamelstaat:

Adres:

Recht op maximumfactuur in (1):

Postnr. – Gemeente:

Medische en paramedische honoraria	Nomenclatuur-nummer Aantal prestaties	Code toetreding (2)	Code Kamer (3)	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijk aandeel (1)	Supplement of ander bedrag (4)
1. Forfaitaire honoraria per opneming (5)						
1.1. Forfait klinische biologie en forfaitair honorarium klinische biologie		
1.2. Forfait honorarium medische beeldvorming en consultancehonorarium		
1.3. Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis				
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>Specialisme:.....</i>						
<i>Naam Verstrekker:.....</i>
2.3. Honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt.						
<i>Naam Verstrekker:.....</i>						
<i>Aard van de prestatie:.....</i>						
3. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen: K.B. 23-3-1982 (6)				-16,40	+ 16,40	
TOTAAL:			

- (1) Indien in de loop van een kalenderjaar de maximumfactuur bereikt werd, worden de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dat kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds. Uitzondering: persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagnprijs vanaf de 366 dag opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (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: code invullen.
- (3) Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M.
- (4) Onder "supplement" verstaat men een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering. Onder "ander bedrag" verstaat men het bedrag van de verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst.
- (5) Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- (6) Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.
Deze persoonlijke tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Leidend Ambtenaar,

De Ondervoorzitter,

H. De Ridder

D. Broeckx

Annexe 22

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification l'organisme assureur ou mutualité ou de l'Office régional ou du 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.			Chiffre de contrôle de la facture individuelle
			Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	TOTAL	
.....
TOTAUX généraux pour l'O.A.		

A payer au compte : Chiffre de contrôle de l'envoi

avec la référence:

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 10 DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, nom et signature)

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES 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,

(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)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 22 (suite 1)
NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: du Page:

N° envoi/féd.: Réf. établissement:

Identification de l'établissement:

NOM:

Adresse:

Tél.:

N° INAMI:

Identification du bénéficiaire:

NOM:

Prénom:

Adresse:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

CT1: CT2:

Admission: à:

Sortie: à:

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du:	Heure:	Au:	Heure	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation						
								A charge O.A.	A charge patient	TOTAL	Prix journée hôpital 100 %			
.....	MONTANT PAR ADMISSION													
.....	N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour:.....													
.....	MONTANT PAR JOUR													
.....	QUOTE-PART PERSONNELLE													
.....	PRIX PAR PARAMÈTRE DE L'ACTIVITÉ													
.....	JOURNÉES NON FACTURÉES													
.....	INTERVENTION PERSONNELLE DANS LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES													
.....	HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNÉE													
.....	FORF. DIALYSE													
.....	FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE:													
.....	N° CODE PRESTATION													
.....	ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE													
.....	FRAIS DE DÉPLACEMENT: date: Nombre de kilomètres:.....													
.....	FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION													
.....	FORFAIT 1 JOUR:													
.....	FORFAIT 1/2 JOUR:													
.....	FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR													

SOUS-TOTAUX

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 23

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification l'organisme assureur ou de l'Office régional ou du 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.			Chiffre de contrôle de la facture individuelle
			Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	TOTAL	
.....
			TOTALX généraux pour l'O.A.		.....	.....	.....	.....

A payer au compte: Chiffre de contrôle de l'envoi
 avec la référence:

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 10 DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, nom et signature)

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES 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,

(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)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 23 (suite 1)

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:

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du:	Heure:	Au:	Heure:	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation					
								A charge O.A.	A charge patient	TOTAL	Prix journée hôpital 100 %		
..... MONTANT PAR ADMISSION													
N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour:													
..... MONTANT PAR JOUR													
..... QUOTE-PART PERSONNELLE													
..... PRIX PAR PARAMÈTRE DE L'ACTIVITÉ													
JOURNÉES NON FACTURÉES													
QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES													
HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNÉE													
FORF. DIALYSE													
FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE:													
N° CODE PRESTATION:													
ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE													
FRAIS DE DÉPLACEMENT: date: Nombre de kilomètres:													
FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION													
..... FORFAIT 1 JOUR:													
..... FORFAIT 1/2 JOUR:													
FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR													

SOUS-TOTAUX

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Vice-Président,

H. De Ridder.

D. Broeckx.

Annexe 24

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification l'organisme assureur ou mutualité ou de l'Office régional ou du centre médical régional
 NOM: Envoi n° N°:
 Adresse: Tiers payant n°: NOM:
 Tél.: Mois de facturation: Adresse:
 N° INAMI:

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLI 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.			Chiffre de contrôle de la facture individuelle
			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	
.....
TOTALX généraux pour l'O.A.			..... (1)	..... (2)	.....	.....	.....	.....

Chiffre de contrôle de l'envoi

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

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 10 DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, nom et signature)

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES 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,

(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)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 24 (suite 1)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: du Page:

N° envoi/féd.: Réf. établissement:

Identification de l'établissement:

Nom:

Adresse:

Tél.:

N° INAMI:

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

CT1: CT2:

Admission: à:

Sortie: à:

RUBRIQUE A: Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du:	Heure:	Au:	Heure:	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation					
								A charge O.A.	A charge patient	TOTAL	Prix journée hôpital 100 %		
.....					MONTANT PAR ADMISSION								
.....					N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour:								
.....					MONTANT PAR JOUR								
.....					QUOTE-PART PERSONNELLE								
.....					PRIX PAR PARAMÈTRE DE L'ACTIVITÉ								
.....					JOURNÉES NON FACTURÉES								
.....					QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES								
.....					HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNÉE								
.....					FORF. DIALYSE								
.....					FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE:								
.....					N° CODE PRESTATION:								
.....					ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE								
.....					FRAIS DE DÉPLACEMENT: date: Nombre de kilomètres:								
.....					FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION								
.....					FORFAIT 1 JOUR:								
.....					FORFAIT 1/2 JOUR:								
FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR													

SOUS-TOTAUX

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 25

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification l'organisme assureur ou mutualité ou de l'Office régional ou du 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.			Chiffre de contrôle de la facture individuelle
			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	
.....
TOTALX généraux pour l'O.A.			..... (1)	..... (2)	.....	.....	.....	.....

Chiffre de contrôle de l'envoi

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

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 10 DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES 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.

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 RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, nom et signature)

LE MEDECIN-CHEF,

(Date, nom, n° d'identification - INAMI et Signature)

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, nom, n° d'identification - INAMI et Signature)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 25 (suite 1)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: du Page:

N° envoi/féd.: Réf. établissement:

Identification de l'établissement:

Nom:

Adresse:

Tél.:

N° INAMI:

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

CT1: CT2:

Admission: à:

Sortie: à:

RUBRIQUE A: Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du:	Heure:	Au:	Heure:	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation						
								A charge O.A.	A charge patient	TOTAL	Prix journée hôpital 100 %			
.....					MONTANT PAR ADMISSION									
					N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour:.....									
.....					MONTANT PAR JOUR									
.....					QUOTE-PART PERSONNELLE									
.....					PRIX PAR PARAMÈTRE DE L'ACTIVITÉ									
.....					JOURNÉES NON FACTURÉES									
.....					QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES									
.....					HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNÉE									
.....					FORF. DIALYSE									
.....					FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE:.....									
.....					N° CODE PRESTATION									
.....					ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE									
.....					FRAIS DE DÉPLACEMENT: date: Nombre de kilomètres:									
.....					FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION									
.....					FORFAIT 1 JOUR:									
.....					FORFAIT 1/2 JOUR:									
FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR														

SOUS-TOTAUX

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 33a

NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT
Formulaire 721bis

ETABLISSEMENT HOSPITALIER Numéro INAMI :			Dénomination et adresse:		
ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional			Dénomination et adresse:		
BENEFICIAIRE NISS (5): Date de naissance: Nom - Prénom: Adresse:			Sexe 1 - M 2 - F		
Date d'admission	Heure	Code service (1)	Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection. Pour l'établissement hospitalier. Date (Signature - Nom)		
CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR					
Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien					
A partir du		Code intervention personnelle	Montant		
Premier jour	.....	.....	.....
Deuxième jour	.....	.....	.....
.....		
.....		
CT1	CT2	Droit au maximum à facturer dans l'année	A.R. du 29-09-02 (3) en application (2)		
...	...	.....	OUI	NON	
			A.R. du 14-06-2006 (4) en application (2)		
			OUI	NON	
Nombre de journées de séjour visées à l'AR du 14-06-2006, Art. 1, alinéa 1, 7° a)					
Nombre de journées de séjour visées à l'AR du 14-06-2006, Art. 1, alinéa 1, 7° b)					
Cachet de l'O.A.			L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur;		
			Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional Le responsable, Date (Signature - Nom)		

Exemplaire à renvoyer à l'établissement hospitalier.

- (1) Voir codification au verso.
- (2) Biffer les mentions inutiles.
- (3) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (suppléments d'honoraires).
- (4) Arrêté royal portant exécution de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 (suppléments chambre de deux personnes)
- (5) Pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS, il faut mentionner le numéro d'inscription de la mutualité.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 33a (suite)TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes services INAMI	Indice Santé publique	Libellé
190	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
200	B	Service de traitement de la TBC
210	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
220	D	Service de diagnostic et de traitement médical
230	E	Service de pédiatrie
240	H	Service d'hospitalisation simple
250	L	Service des maladies contagieuses
260	M	Service de maternité
270	NIC	Service de soins néonataux intensifs
290	-	Unité de traitement de grands brûlés
300	G	Service de gériatrie et revalidation
340	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
350	K 1	Hospitalisation de jour en service K
360	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
370	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
380	A 1	Hospitalisation de jour en service A
390	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
410	T	Service psychiatrique (jour et nuit)
420	T 1	Hospitalisation de jour en service T
430	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
440	Tf	Placement familial dans un hôpital
450	Tp	Placement familial dans une famille
480	IB	Service de traitement intensif des patients psychiatriques
490	(i)	Fonction de soins intensifs
610	S 1	D'affections cardio-pulmonaires
620	S 2	D'affections locomotrices
630	S 3	D'affections neurologiques
640	S 4	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
650	S 5	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
660	S 6	Affections psychogériatriques

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 33b

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**
Formulaire 721bis

ETABLISSEMENT HOSPITALIER Numéro INAMI :	Dénomination et adresse:		
ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Dénomination et adresse:		
BENEFICIAIRE NISS (5): Sexe Date de naissance: 1 - M Nom - Prénom: 2 - F Adresse:			
Date d'admission Heure Code service(1)	Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection. Pour l'établissement hospitalier. Date (Signature - Nom)		
CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR			
Intervention personnelle par journée			
A partir du	Code intervention personnelle	Montant	
Premier jour	.....	.....	.....
Deuxième jour	.....	.....	.....
.....
.....
CT1	CT 2	Droit au maximum à facturer dans l'année	A.R. du 29-9-02 (3) en application (2)
...	...	.....	OUI NON
			A.R. du 14-06-2006 (4) en application (2)
			OUI NON
Nombre de journées de séjour visées à l'AR du 14-06-2006, Art. 1, alinéa 1, 7° a)			
Nombre de journées de séjour visées à l'AR du 14-06-2006, Art. 1, alinéa 1, 7° b)			
Cachet de l'O.A.		ENGAGEMENT DE PAIEMENT L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.	
Cachet de l'O.A.		Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional Le responsable, Date (Signature - Nom)	

Exemplaire pour l'organisme assureur.

- (1) Voir codification au verso.
- (2) Biffer les mentions inutiles.
- (3) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. (suppléments d'honoraires).
- (4) Arrêté royal portant exécution de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 (suppléments chambre de deux personnes)
- (5) Pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS, il faut mentionner le numéro d'inscription de la mutualité.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 33c**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT
FORMULAIRE 721bis**

ETABLISSEMENT HOSPITALIER Numéro INAMI :			Dénomination et adresse:
ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional			Dénomination et adresse:
BENEFICIAIRE			Sexe
NISS (2):			1 - M
Date de naissance:			2 - F
Nom - Prénom:			
Adresse:			
Date d'admission	Heure	Code service	Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (1) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (1) d'une mesure de protection. Pour l'établissement hospitalier, Date (Signature - Nom)
.....	

Exemplaire à conserver par l'établissement hospitalier.

- (1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS, il faut mentionner le numéro d'inscription de la mutualité.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 33d

ENGAGEMENT DE PAIEMENT
POUR PATIENT HOSPITALISE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER Numéro INAMI :		Dénomination et adresse:	
BENEFICIAIRE NISS (5): Sexe Date de naissance: 1 - M Nom - Prénom: 2 - F Adresse:			
Date d'admission	Heure	Code service (1)	Protect. oui/non (2)
CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR			
Intervention personnelle par journée			
A partir du		Code intervention personnelle	Montant
Premier jour .....		.....	.....
Deuxième jour .....		.....	.....
.....	
.....	
CT1	CT 2	Droit au maximum à facturer dans l'année	A.R. du 29-9-02 (3) en application (2)
...	...		OUI	NON
			A.R. du 14-06-2006 (4) en application (2)
			OUI	NON
Nombre de journées de séjour visées à l'AR du 14-06-2006, Art. 1, alinéa 1, 7° a)			
Nombre de journées de séjour visées à l'AR du 14-06-2006, Art. 1, alinéa 1, 7° b)			
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.			
Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur;			
Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional			
Le responsable,		Date	
.....		
		(Signature - Nom)	
IDENTIFICATION DE LA MUTUALITE, L'OFFICE REGIONAL, LE CENTRE MEDICAL REGIONAL			

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.

(3) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. (suppléments d'honoraires).

(4) Arrêté royal portant exécution de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 (suppléments chambre de deux personnes)

(5) Pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS, il faut mentionner le numéro d'inscription de la mutualité.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 37

Date de l'envoi:.....

**EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION
destiné au bénéficiaire**

Identification de l'hôpital
Dénomination:
Adresse:
N° Postal - Commune:
Numéro I.N.A.M.I.:
Tél.:

Identification du patient
Nom - prénom:
N° du dossier dans l'hôpital:
N° 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:
Code Postal - Commune:

Droit au maximum à facturer en (1) :

1. FRAIS DE SEJOUR			Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle patient	Supplément chambre
1.1. Frais de séjour hospitalisation et hospitalisation de jour						
Service	Type de Chambre	du au				
	Montant par admission			.....	
	Montant par jour en:					
	- Chambre commune	.....		.....		.....
	- Chambre à deux lits	.....		.....		.....
	- Chambre à un lit	.....		.....		.....
	Camp de vacances	.....		.....		.....
	Intervention personnelle (1)	.....		- .....		.....
			-
Pour information: le total des frais de votre séjour s'élève à						
EUR. Une partie de ceux-ci est déjà versée par votre mutualité à l'hôpital.						
Votre montant personnel dans ces frais s'élève à						
EUR.						
	Forfait médicament (1) (2)	.....		.....		.....
	Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation (2)	.....		.....		.....
	Forfait hémodialyse pour hospitalisé	.....		.....		.....
	Frais hospitalisation de jour pour patient hospitalisé	.....		.....		.....
1.2. Frais de séjour - Hospitalisation de jour						
1.2.1. Miniforfait						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....		.....		.....
	A deux lits	.....		.....		.....
	A un lit	.....		.....		.....
1.2.2. Maxiforfait, forfaits hôpital de jour et douleur chronique						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....		.....		.....
	A deux lits	.....		.....		.....
	A un lit	.....		.....		.....

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Il s'agit de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Vice-Président,

H. De Ridder.

D. Broeckx.

Annexe 37 (suite 1)

1.2.3. Salle de plâtre	Date				
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale (4)	du au.....	.....	.....	.....	- .....
1.4. Rééducation fonctionnelle	du au.....	.....	.....	.....
1.5. Forfait rééducation fonctionnelle pre- post-cure	du au.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR			.....	.....	.....

2. PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES	Code	Quantité	A charge de la mutualité	A charge du patient	
				Intervention Personnelle (1)	Supplément ou autre montant (2)
2.1. Produits pharmaceutiques et para-pharmaceutiques					
2.1.1. Produits remboursables					
2.1.1.1. Montant totalement à charge de la mutualité				
2.1.1.2. Partiellement à charge du patient					
<i>Nom produit:</i>
.....
2.1.1.3. Médicaments sans l'accord du médecin-conseil					
<i>Nom du produit:</i>
.....
2.1.2. Produits non remboursables					
<i>Nom du produit:</i>
.....
2.1.3. Produits parapharmaceutiques					
<i>Nom du produit:</i>
.....
2.2. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
2.2.1. Produits remboursables					
<i>Nom de la fourniture:</i>
<i>Marge de sécurité (1) :</i>
<i>Marge de délivrance (1) (3):</i>
2.2.2. Produits non remboursables					
<i>Nom de la fourniture:</i>
SOUS-TOTAUX: PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHESES ET DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES		

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou para-médicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire. Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.
- (3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants de prothèses; ce montant est facturé sous "Intervention personnelle".
- (4) Remboursement pour les frais augmentés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile (Cfr. Art.3 §2 a) de l'AR 23 juin 2003)

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.

Annexe 37 (suite 2)

3. HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	Numéro nomenclature	Code adhésion (4)	Code chambre (5)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention Personnelle (1)	Supplément ou autre montant (7)
3.1. Honoraires forfaitaires par admission (1) (6) Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique
Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultance Honoraires service de garde médical en hôpital
	Numéro nomenclature	Code adhésion (4)	Code chambre (5)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
	Nombre prestations				Intervention Personnelle (1)	Supplément ou autre montant (7)
3.2. Honoraires:						
3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient (1)						
TOTAL:					
3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient <i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i> <i>Spécialité:</i> <i>Nom du dispensateur:</i>			
3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient <i>Nom du dispensateur:</i> <i>Nature de la prestation:</i>			
3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques: A.R. 23-3-1982 (8)				-16,40	+ 16,40	
SOUS-TOTAL DES HONORAIRES				.....	.....	.....
4. AUTRES FOURNITURES <i>Nom fourniture (1):</i>						
SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES:				.....	.....	.....

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (4) 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 il n'y a pas d'accord ou de convention conclue: ne pas introduire de code.
- (5) Code chambre à un lit = P.
Code chambre commune ou à deux lits = M.
- (6) 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.
- (7) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire. Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.
- (8) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés. Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital, soit par le Conseil médical de l'hôpital.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Vice-Président,

H. De Ridder.

D. Broeckx.

Annexe 38

NOTE D'HONORAIRES
destinée au patient

Identification du Conseil médical

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

Identification du patient

Nom - prénom:
N° du dossier dans l'hôpital:
N° à la mutualité:

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

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

N° de l'organisme assureur (mutualité):
N° Etat récapitulatif:
Date Etat récapitulatif:

Adresse de facturation

Nom:
Adresse:
N° Postal - Commune:

Droit au maximum à facturer en (1):

Honoraires médicaux et paramédicaux	Numéro de Nomenclature Nombre de prestations	Code adhésion (2)	Code chambre (3)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention Personnelle (1)	Supplément ou autre montant (4)
1. Honoraires forfaitaires par admission (5)						
1.1. Forfait biologique clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique			
1.2. Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultation			
1.3. Honoraires service de garde médical en hôpital		
2. Honoraires:						
2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient						
TOTAL:					
2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient						
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>						
<i>Spécialité:</i>						
<i>Nom du dispensateur:</i>						
2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursés et honoraires entièrement à charge du patient						
<i>Nom du dispensateur:</i>						
<i>Nature de la prestation:</i>						
3. Intervention personnelle pour prestations techniques: A.R.23-03-1982 (6)				- 16,40	+ 16,40	
TOTAUX:			

- (1) Si au cours de l'année calendrier, le maximum à facturer est atteint, les interventions personnelles sont entièrement remboursées par la mutuelle pour le reste de l'année. Exceptions : l'intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical, la journée d'entretien à partir de 366 jours de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (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) Par "supplément", on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.
Sous "autre montant" on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues
- (5) 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.
- (6) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2008 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder.

Le Vice-Président,

D. Broeckx.