

3) het bedrag toegekend in toepassing van artikel 2, § 2, van de Nationale overeenkomst tussen de psychiatrische inrichtingen en diensten en de verzekeringsinstellingen;

4) de kosten aangerekend naar aanleiding van dringende verzorging die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt en/of naar aanleiding van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

§ 2. Onder “geneeskundige verstrekkingen die worden verleend tijdens een hospitalisatie” worden verstaan, de vestrekkingen die worden verleend in de in § 1 van dit artikel vermelde situaties, met uitsluiting van de verstrekkingen die zijn bedoeld in artikel 6 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986.”

Art. 2. Het artikel 2bis van de dezelfde verordening wordt opgeheven.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 maart 2014.

Brussel, 17 maart 2014.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER.

De Voorzitter,
G. PERL.

3) le montant accordé dans le cadre de l'article 2, § 2, de la convention nationale conclue entre les établissements psychiatriques et les organismes assureurs;

4) les frais attestés à la suite de soins urgents qui justifient une admission dans un lit d'hôpital et à la suite de l'administration d'un médicament ou/of de sang/d'un produit sanguin labile par perfusion intraveineuse.

§ 2. Par « prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation » on entend les prestations dispensées dans les situations énoncées au § 1^{er} du présent article, à l'exclusion des prestations visées à l'article 6 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986. »

Art. 2. L'article 2bis du même règlement est abrogé.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} mars 2014.

Bruxelles, le 17 mars 2014.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER.

Le Président,
G. PERL.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22120]

17 MAART 2014. — 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;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 17 maart 2014,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 37 en 37 (vervolg 1) 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 worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 maart 2014.

Brussel, 17 maart 2014.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22120]

17 MARS 2014. — 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;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 17 mars 2014,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 37 et 37 (suite 1) 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, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} mars 2014.

Bruxelles, le 17 mars 2014.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

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. Verblijfskosten 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. Verblijfskosten daghospitalisatie							
1.2.1. Dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus							
	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 17 maart 2014 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 Voorzitter,
G. PERL.

Bijlage 37 (vervolg 1)

1.2.3. Gipskamer	Datum:				
1.2.4. Manipulatie poortkatheter	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 opnemings 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 17 maart 2014 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 Voorzitter,
G. PERL.

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.L.:

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. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguins labiles par une perfusion intraveineuse						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....			
	Chambre à deux lits	.....			
	A un lit	.....				.....
1.2.2. Maxiforfait, forfaits hôpital de jour et douleur chronique						
	Type de chambre	date:				
	Commune	.....			
	Chambre à 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 17 mars 2014 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 Président,
G. PERL.

Annexe 37 (suite 1)

1.2.3. Salle de plâtre	Date				
1.2.4. Manipulation Cathéter à chambre implantable	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					
Nom produit:
2.1.1.3. Médicaments sans l'accord du médecin-conseil					
Nom du produit:
2.1.2. Produits non remboursables					
Nom du produit:
2.1.3. Produits parapharmaceutiques					
Nom du produit:
2.2. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
2.2.1. Produits remboursables					
Nom de la fourniture:
Marge de sécurité (1) :
Marge de délivrance (1) (3):
2.2.2. Produits non remboursables					
Nom de la fourniture:
SOUS-TOTAUX: PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTHÈSES ET DE DISPOSITIFS MÉDICAUX 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 (Cf. Art.3 §2 a) de l'AR 23 juin 2003)

Vu pour être annexé au règlement du 17 mars 2014 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 Président,
G. PERL.