

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

[C - 2015/00320]

11 JUIN 2015. — Arrêté ministériel fixant la liste des fonctions allégées, adaptées visées à l'article 126, alinéa 3, de l'arrêté royal du 19 avril 2014 relatif au statut administratif du personnel opérationnel des zones de secours

Le Ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 15 mai 2007 relative à la sécurité civile, article 106;

Vu l'arrêté royal du 19 avril 2014 relatif au statut administratif du personnel opérationnel des zones de secours, article 126, alinéa 3;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 27 octobre 2014;

Vu le protocole de négociation du Comité des Services publics Provinciaux et Locaux, conclu le 26 mars 2015;

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 57.468/2 donné le 2 juin 2015 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, et l'article 84, § 3 des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

Article unique. Les fonctions allégées, adaptées dans le cadre du régime de fin de carrière, visées à l'article 126, alinéa 3, de l'arrêté royal du 19 avril 2014 relatif au statut administratif du personnel opérationnel des zones de secours, sont les suivantes:

- 1° Collaborateur administratif;
- 2° Collaborateur technique-logistique;
- 3° Collaborateur soutien opérationnel.

Bruxelles, le 11 juin 2015.

J. JAMBON

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

[C - 2015/00320]

11 JUNI 2015. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de lijst met lichtere, aangepaste betrekkingen bedoeld in artikel 126, derde lid, van het koninklijk besluit van 19 april 2014 tot bepaling van het administratief statuut van het operationeel personeel van de hulpverleningszones

De Minister van Binnenlandse Zaken,

Gelet op de wet van 15 mei 2007 betreffende de civiele veiligheid, artikel 106;

Gelet op het koninklijk besluit van 19 april 2014 tot bepaling van het administratief statuut van het operationeel personeel van de hulpverleningszones, artikel 126, derde lid;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 27 oktober 2014;

Gelet op het protocol van onderhandelingen van het Comité voor de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten, gesloten op 26 maart 2015;

Gelet op het advies nr. 57.468/2 van de Raad van State, gegeven op 2 juni 2015, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2^o, en artikel 84, §3 van de wetten van de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

Enig artikel. De lichtere, aangepaste betrekkingen in het kader van het eindeloopbaanregime, zoals bedoeld in artikel 126, derde lid, van het koninklijk besluit van 19 april 2014 tot bepaling van het administratief statuut van het operationeel personeel van de hulpverleningszones, zijn de volgende:

- 1° Administratief medewerker;
- 2° Technisch-logistiek medewerker;
- 3° Medewerker operationele ondersteuning.

Brussel, 11 juni 2015.

J. JAMBON

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2015/22207]

21 MAI 2015. — 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 4 mai 2015,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 10 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 :

"Art. 10, § 1^{er}. En cas de facturation de prestations concernant des soins en milieu hospitalier, les documents suivants doivent être transmis au patient :

a) En ce qui concerne les situations visées à l'article 6, 8°, 7° alinéa, a), b) et c) pour lesquelles l'hôpital introduit une note d'hospitalisation auprès de l'organisme assureur, il convient de transmettre au patient une « facture patient », établie selon le modèle prévu à l'annexe 37.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2015/22207]

21 MEI 2015. — 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 4 mei 2015,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 10 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 :

"Art. 10, § 1. In geval van facturering van verstrekkingen naar aanleiding van een verpleging in een ziekenhuis, dienen aan de patiënt de volgende documenten worden overgemaakt :

a) Voor de situaties bedoeld in artikel 6, 8°, 7° lid, a), b) en c) waarvoor het ziekenhuis een verpleegnota indient bij de verzekeringsinstelling moet aan de patiënt een "patiëntenfactuur" worden overgemaakt, opgemaakt volgens het model voorzien in bijlage 37.

En ce qui concerne les situations visées à l'article 6, 8°, 7° alinéa, *d*) pour lesquelles l'hôpital introduit une note d'hospitalisation auprès de l'organisme assureur, il convient de transmettre au patient une « facture de soins ambulatoires en milieu hospitalier » selon le modèle prévu à l'annexe 37*bis*.

Sur la « facture patient » et sur la « facture de soins ambulatoires en milieu hospitalier » figure un ensemble de données provenant de la note d'hospitalisation telle que visée à l'article 6, 8° et qui a été transmis sur support papier ou par voie électronique à l'organisme assureur.

La « facture patient » et la « facture de soins ambulatoires en milieu hospitalier » peuvent être envoyées par voie électronique au patient si ce dernier a explicitement opté pour cette méthode.

En ce qui concerne les patients pour lesquels aucune note d'hospitalisation n'est transmise à un organisme assureur, une note d'hospitalisation doit leur être envoyée selon le modèle joint en annexe 22, 23, 24 ou 25.

Des facturations supplémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de la transmission de la première facture ou de corrections doivent également être effectuées à l'aide des factures susmentionnées, elles renverront en tout cas à la première facture;

b) si la facturation est établie par le conseil médical de l'hôpital, il convient de transmettre au bénéficiaire un extrait de la note d'honoraires, selon le modèle prévu en annexe 38. Sur cet extrait figure un ensemble de données provenant de la note d'honoraires qui est visée à l'article 6, 8°*bis* et qui a été transmis à l'organisme assureur sur support papier ou par voie électronique.

Cet extrait de la note d'honoraires doit être joint à la facture visée au point *a*).

Des facturations supplémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'envoi de la première note d'honoraires ou de corrections doivent également être effectuées à l'aide de la note d'honoraires susmentionnée, dans ce cas cette note ne doit pas être jointe à la facture telle que visée au point *a*); elles renverront en tout cas à la première facture;

Par le terme "spécialités" visé à l'annexe 38 on entend celles qui sont prévues par l'article 10, § 1^{er}, de la nomenclature.

§ 2. Le montant à charge du patient n'est dû que si les documents destinés au patient lui sont effectivement transmis selon les dispositions mentionnées au § 1^{er}.

§ 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, sur la base d'une disposition contractuelle ou légale directement pris en charge par un tiers, ils doivent figurer sur la facture destinée au patient (annexe 37 et 37*bis*) et sur la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38). L'hôpital doit mentionner au bas de la facture destinée au patient (annexe 37 et 37*bis*) et de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38) que le montant à charge du patient est directement facturé par l'hôpital à ce tiers. »

Art. 2. Les annexes 37, 37 (suite 1), 37 (suite 2) et 37 (suite 3) du même règlement sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 3. À ce même règlement est jointe une annexe 37*bis* telle que reproduite dans l'annexe ci-jointe.

Art. 4. La première page des annexes 22, 23, 24, 25, 38 et 83 du même règlement sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le premier janvier 2016 à l'exception de l'article 4 qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Bruxelles, le 21 mai 2015.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

Voor de situaties bedoeld in artikel 6, 8°, 7° lid, *d*) waarvoor het ziekenhuis een verpleegnota indient bij de verzekeringsinstelling, moet aan de patiënt een "factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis" worden overgemaakt volgens het model voorzien in bijlage 37*bis*.

Op de "patiëntenfactuur" en op de "factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis" wordt een selectie van gegevens vermeld die afkomstig is uit de verpleegnota zoals bedoeld in artikel 6, 8° en die op papieren drager of onder elektronische vorm werd overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

De "patiëntenfactuur" en de "factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis" mogen elektronisch naar de patiënt verstuurd worden indien deze daar expliciet voor gekozen heeft.

Aan patiënten waarvoor geen verpleegnota wordt overgemaakt aan een verzekeringsinstelling dient de verpleegnota overgemaakt te worden volgens het model in bijlage 22, 23, 24 of 25.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het overmaken van de eerste factuur of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde facturen, zij zullen in elk geval verwijzen naar de eerste factuur;

b) indien de facturering door de medische raad van het ziekenhuis wordt opgemaakt moet aan de rechthebbende een uittreksel van de honorariumnota, zoals het model voorzien in bijlage 38, worden overgemaakt. Op dit uittreksel wordt een selectie van gegevens vermeld die afkomstig is uit de honorariumnota die is bedoeld in artikel 6, 8°*bis* en die op papieren drager of onder elektronische vorm werd overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

Dit uittreksel van de honorariumnota moet worden gevoegd bij de onder punt *a*) bedoelde factuur.

Eventuele bijkomende factureringen waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste honorariumnota of van verbeteringen dienen eveneens te gebeuren door middel van de hiervoren bedoelde honorariumnota, in dit geval dient deze nota niet te worden gevoegd bij de factuur zoals bedoeld onder punt *a*); zij zullen, in elk geval, verwijzen naar de eerste facturering;

Onder de term "specialismen" zoals bedoeld in de bijlage 38, worden deze bedoeld die zijn voorzien in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur.

§ 2. Het bedrag ten laste van de patiënt is alleen maar verschuldigd als de voor de patiënt bestemde documenten hem daadwerkelijk zijn overgemaakt volgens de bepalingen zoals vermeld in § 1.

§ 3. Op de factuur 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 de factuur bestemd voor de patiënt (bijlage 37 en 37*bis*) en op de honorariumnota bestemd voor de patiënt (bijlage 38) vermeld te worden. Het ziekenhuis dient onderaan de factuur bestemd voor de patiënt (bijlage 37 en 37*bis*) 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. 2. De bijlagen 37, 37 (vervolg 1), 37 (vervolg 2) en 37 (vervolg 3) van dezelfde verordening worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 3. Aan dezelfde verordening wordt een bijlage 37*bis* toegevoegd zoals weergegeven in de hierbij gevoegde bijlage.

Art. 4. De eerste pagina van de bijlagen 22, 23, 24, 25, 38 en 83 van dezelfde verordening worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 5. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2016 met uitzondering van artikel 4 dat in werking treedt op 1 juli 2015.

Brussel, 21 mei 2015.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL

ANNEXE 37

FACTURE PATIENT – soins du xxx au xxx

Logo éventuel de l'hôpital	Page 1 de
Identification de l'hôpital	Prénom NOM DE FAMILLE
Adresse	Adresse
Code postal - Commune	Code postal - Commune
Numéro INAMI	
Numéro BCE	
Contact: nom/numéro de téléphone	
Numéro de facture	Adresse de facturation
Date de facture	Prénom NOM DE FAMILLE
Date d'envoi	Adresse
Numéro d'enregistrement	Code postal - Commune
Numéro de dossier	
Soins du .././....	Mutualité
<i>au .././....</i>	N° NISS
Droit au maximum à facturer en (1):	Code bénéficiaire

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

euros

1. Frais de séjour	.....
Vos frais d'hospitalisation	.....
Supplément de chambre parce que vous avez opté pour une chambre à un lit	.....
2. Montants forfaitaires facturés (2)	.....
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	.....
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	.....
Vos frais d'honoraires	.....
Suppléments parce que vous avez opté pour une chambre à un lit	.....
5 Autres fournitures	.....
6. Transport urgent de malades	.....
7. Frais divers	.....
8. TVA	.....
Total des frais à charge du patient	.....
..... euros sont facturés à votre mutuelle	
Vous avez déjà payé un acompte le .././....	.....
VOTRE TOTAL RESTANT À PAYER / à rembourser	.....
À verser sur le compte de l'hôpital :	.....
À verser sur le compte du conseil médical :	.....

Ci-dessous l'hôpital peut décrire les éventuelles formalités de paiement.

BULLETIN DE VIREMENT

ANNEXE 37 suite 1

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Page x de x

Prénom NOM DE FAMILLE

N° NISS

COMMUNICATION:

soit:

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

soit:

Les prestations médicales (ou paramédicales) qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, sont mentionnées sur la "Note d'honoraires" jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

1. Frais de séjour							
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie				Nombre de jours	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Service (s)	Du/../-	Au/../-	
	heure	heure					
Frais de séjour
Chambre à un lit
Camp de vacances collectif
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour						À charge de la mutualité	A charge du patient (3)
							Supplément (4)
1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par perfusion intraveineuse			
Chambre à un lit						
1.2.2. Maxi forfait, forfaits hôpital de jour et douleur chronique			
Chambre à un lit						
1.2.3. Salle de plâtre			
1.2.4. Manipulation Cathéter à chambre implantable			
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale				-..... (5)
1.4. Rééducation fonctionnelle			
1.5. Forfait rééducation fonctionnelle postcure			
Sous-total 1 - Frais de séjour				

ANNEXE 37 suite 2

Page x de x

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Biologie clinique		
Imagerie médicale	
Service de garde médical et prestations techniques		
Médicaments : forfait par admission		
- Quote-part personnelle par jour	
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés	

3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1.Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité				
Montant médicament en partie à charge du patient					
Nom du produit:	
Médicament entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
Nom du produit:	
Médicaments non-remboursables					
Nom du produit:	
3.2. Produits parapharmaceutiques					
Nom du produit:	
3.3.Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
Produits remboursables					
Nom du produit: Notification(8) :
Marge de délivrance implants (6)				
Marge de sécurité implants (7)				
Produits non remboursables					
Nom du produit: Notification(8) :	
Sous-total 3 - Pharmacie		

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité					
Honoraires partiellement à charge de la mutualité						
Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>						
<i>Description (9)</i>
Honoraires entièrement à charge du patient						
Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>						
Description	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins			

	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)
5. Autres fournitures				
Libellé autres fournitures
Sous-total 5 - Autres fournitures		

	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)
6. Transport de malade					
Transport urgent de malades (service 100/112)					
Forfait pour les premiers 10 km
Montant du 11 ^e au 20 ^e km
Montant à partir du 21 ^e km
Forfait utilisation électrodes
Autres frais de transport de malades
Sous-total 6 - Transport de malades		

	Code	Nombre		A charge du patient (3)
7. Frais divers				
Libellé des frais divers
Sous-total 7 Frais divers			

	Code	TVA EXCL.	%	TVA	A charge du patient – TVAC (3)
8. TVA sur des interventions esthétiques					
.....	
Sous-total 8 - TVA	

TOTAUX	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL
TOTAL à payer par le patient		
Acompte déjà payé à la date du .././....		
Facturé à un tiers par l'hôpital		
Encore à payer/rembourser		

À verser sur le compte de l'hôpital:	.....
À verser sur le compte du conseil médical:	.....

- (1) Puisque vous avez atteint le plafond du maximum à facturer au cours de cette année calendrier, entre autres les interventions personnelles pour les prestations de santé sont entièrement remboursées par votre mutualité pour le reste de l'année.
Exception : intervention personnelle pour les radio-isotopes, oxygène médical et prix de la journée d'entretien à partir du 366^e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Les montants forfaitaires facturés sont des montants forfaitaires légaux qui sont facturés à tous les patients hospitalisés même si le patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (3) La rubrique "À charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures »)

- (4) Supplément: montant facturé en sus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe de la déclaration d'admission). Ces montants découlent de votre choix pour une chambre individuelle. Ces montants sont entièrement à charge du patient
- (5) Remboursement par l'hôpital des frais majorés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de l'indemnité de base par lequel le montant maximum à facturer pour certains dispositifs médicaux est déterminé.
- (8) Notification: le code de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. L'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle (à l'exception des implants dentaires).
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de donnée "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

ANNEXE 37bis

FACTURE pour soins ambulatoires à l'hôpital – soins du xxx au xxx

Logo éventuel de l'hôpital

Page 1 de

Identification de l'hôpital

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Adresse

Code postal - Commune

Code postal - Commune

Numéro INAMI

Numéro BCE

Contact: nom/numéro de téléphone

Numéro de facture

Adresse de facturation

Date de facture

Prénom NOM DE FAMILLE

Date d'envoi

Adresse

Numéro d'enregistrement

Code postal - Commune

Numéro de dossier

Soins du .././....

Mutualité

au .././....

N° NISS

Code bénéficiaire

COMMUNICATION:

soit:

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

soit:

Les prestations médicales (ou paramédicales) qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, sont mentionnées sur la "Note d'honoraires" jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut dispensateur (1)	Date	Code (4)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
<u>Honoraires remboursables</u>							
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>							
<i>Description (4)</i>				
<u>Honoraires entièrement à charge du patient</u>							
Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>							
<i>Description</i>				
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins				

2. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
2.1.Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité				
Montant médicament en partie à charge du patient					
Nom du produit:	
Médicament entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
Nom du produit:	
Médicaments non-remboursables					
Nom du produit:	
2.2. Produits parapharmaceutiques					
Nom du produit:	
2.3.Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
Produits remboursables					
Nom du produit: Notification(5) :
Marge de délivrance implants (6)				
Marge de sécurité implants (7)				
Produits non remboursables					
Nom du produit: Notification(5) : 	
Sous-total 2 - Pharmacie		

3. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)
Libellé autres fournitures
Sous-total 3 - Autres fournitures			

4. Transport de malade	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	A charge du patient (2)
Transport urgent de malades (service 100/112)					
Forfait pour les premiers 10 km
Montant du 11 ^e au 20 ^e km
Montant à partir du 21 ^e km
Forfait utilisation électrodes
Autres frais de transport de malades
Sous-total 4 - Transport de malades		

5. Frais divers	Code	Nombre		A charge du patient (2)
Libellé des frais divers
Sous-total 5 - Frais divers			

	Code	TVA EXCL.	%	TVA	A charge du patient – TVAC (2)
6. TVA sur des interventions esthétiques					
.....	
Sous-total 6 - TVA	

	À charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
TOTAUX			
TOTAL
TOTAL à payer par le patient		
Acompte déjà payé à la date du .././....		
Facturé à un tiers par l'hôpital		
Encore à payer/rembourser		

À verser sur le compte de l'hôpital:	.....
À verser sur le compte du conseil médical:	.....

- (1) Conventiionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention
- (2) La rubrique "À charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures »)
- (3) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de donnée "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>
- (5) Notification: le code de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. L'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle (à l'exception des implants dentaires).
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de l'indemnité de base par lequel le montant maximum à facturer pour certains dispositifs médicaux est déterminé.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Annexe 22

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional

NOM: Envoi n° N°:

Adresse: Tiers payant n°: NOM:

Tél.: Mois de facturation: Adresse:

N° INAMI: N° BCE :

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

IBAN :
 [XX]
 BIC : [XXXXXXXXXX]

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 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

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 RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER, LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE, LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,
 (Date, nom et signature) (Date, nom, n° d'identification - INAMI et Signature) (Date, nom, n° d'identification - INAMI et Signature)]

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Annexe 23

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional:

Nom: Envoi: n° N°:

Adresse: Tiers payant: n°: Nom:

Tél.: Mois de facturation: Adresse:

N° INAMI: N° BCE :

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

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

A verser au compte:

Chiffre de contrôle de l'envoi

IBAN :

UUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

BIC : UUUUUUUUUU

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 DEMONSTRANT 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

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 RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, nom et signature)

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

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

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Annexe 24

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: Identification de la mutualité + office régional + centre médical régional

Nom:..... Envoi n° N°:

Adresse:..... Tiers payant n°:..... Nom:.....

Tél.:..... Mois de facturation:..... Adresse:.....

N° INAMI:..... N° BCE :

FACTURE RECAPITULATIVE N° DU AU ETABLIE LE

N° de la facture individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	Numéro d'inscription	Montant à charge du patient		Montant à charge de l'O.A.			
			Pour le compte 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	Chiffre de contrôle de la facture individuelle
.....
			TOTAUX généraux pour l'O.A.		..... (1)	..... (2)	.....

(1) Montant à verser au compte A, numéro Chiffre de contrôle de l'envoi

IBAN : [XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX]

BIC : [XXXXXXXXXX]

de

avec la référence:

(2) Montant à verser au compte B, numéro

IBAN :

[XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX]

BIC : [XXXXXXXXXX]

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 RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, nom et signature)

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

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

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Date de l'envoi :

Annexe 38
NOTE D'HONORAIRES
destinée au patient

Identification du Conseil médical

Dénomination:
Adresse:
N° Postal - Commune:
Numéro I.N.A.M.I.:
N° BCE conseil médical:
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 consultance		
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.
Cette intervention personnelle est soit facturée par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

ANNEXE 83

NOTE D'HONORAIRES: FACTURE RECAPITULATIVE

Identification du conseil médical de l'établissement: Référence au support électronique Identification de l'organisme assureur, de la mutualité, 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: N° BCE:

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 factures Individuelles
			Pour le compte de l'établissement	Pour le compte des dispensateurs	Pour le compte de l'établissement	Pour le compte du dispensateur	Total	
.....
Total général pour l'OA		

A payer au compte:

Chiffre de contrôle de l'envoi:

IBAN: BIC

avec la référence:

JE CERTIFIE DISPOSER DE DOCUMENTS DEMONTRANT QUE DES PRESTATIONS ONT ÉTÉ PRESCRITES OU EFFECTUES 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 CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE, D'IMAGERIE MEDICALE ET HONORAIRE DE GARDE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN

LE PRESIDENT DU CONSEIL MEDICAL
(Date, non, numéro d'identification INAMI et signature)

Vu pour être annexé au règlement du 21 mai 2015 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 Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

BIJLAGE 37

PATIENTENFACTUUR - zorgen van xxx tot xxx

Eventueel Logo ziekenhuis	Blz 1 van
Benaming ziekenhuis	Voornaam FAMILIENAAM
Adres	Adres
Postcode - Gemeente	Postcode - Gemeente
RIZIV-nummer	
KBO-nummer	
Contact: naam/telefoonnummer	
Factuurnummer	Facturatie-adres
Datum factuur	Voornaam FAMILIENAAM
Verzenddatum	Adres
Opnamenummer	Postcode - Gemeente
Dossiernummer	
Verzorging van/... tot/...	Ziekenfonds
	NISZ nr.
Recht op maximumfactuur in (1):	Code gerechtigde

SAMENVATTING VAN DE KOSTEN

	euro
1. Kosten voor verblijf	
Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf
Kamersupplement omdat u koos voor een eenpersoonskamer
2. Forfaitair aangerekende kosten (2)
3. Apotheek-kosten (bijvoorbeeld geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen...)
4. Honoraria voor zorgverleners (artsen of andere verstrekkers)	
Uw aandeel voor honoraria
Supplementen omdat u koos voor een eenpersoonskamer
5. Andere leveringen
6. Dringend ziekenvervoer
7. Diverse kosten
8. BTW
Totaal van de kost ten laste van de patiënt
Aan uw ziekenfonds wordt euro aangerekend.	
U betaalde reeds een voorschot op datum van/....
TOTAAL NOG DOOR U TE BETALEN/terug te krijgen
Te storten op rekening van het ziekenhuis:
Te storten op rekening van de medische raad:

Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

OVERSCHRIJVINGSSTROOK

BIJLAGE 37 (vervolg 1)

DETAIL PATIENTENFACTUUR

Blz x van y

Voornaam FAMILIENAAM

NISZ nr.

MEDEDELING :

Ofwel

Alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis; de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt. Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de vertrekkingen: raadpleeg de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring (het document dat u voor uw opname ondertekende) of wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Ofwel

De medische prestaties (of paramedische) die gefactureerd worden door de Medische Raad van het ziekenhuis staan vermeld op de "Honorariumnota", die in bijlage is gevoegd bij dit uittreksel. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

1. Verblifskosten							
1.1. Verblifskosten hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis of partiële hospitalisatie in psychiatrie				Aantal dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
Dienst(en)	Van/..- uur	Tot/..- uur				
Kosten voor verblijf	
Eenpersoonskamer
Collectief vakantiecamp	
1.2. Verblifskosten daghospitalisatie					Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
1.2.1. Dringende verzorging in een ziekenhuisbed, en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via intraveneus infuus						
Eenpersoonskamer						
1.2.2. Maxiforfait, forfaits dagziekenhuis en chronische pijn		
Eenpersoonskamer						
1.2.3. Gipskamer		
1.2.4. Manipulatie poortkatheter		
1.3. Forfait hemodialyse - peritoneale dialyse	-..... (5)	
1.4. Revalidatie	
1.5. Forfait voor nabehandeling revalidatie	
Subtotaal 1 - Verblifskosten				

BIJLAGE 37 (vervolg 2)

Blz x van y

	Aantal dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
2. Forfaitair aangerekende kosten (2)				
Klinische biologie		
Medische beeldvorming	
Medische wachtdienst en technische verstrekkingen		
Geneesmiddelen: forfait per opname		
- forfaitair persoonlijk aandeel per dag	
Subtotaal 2 - Forfaitair aangerekende kosten	

	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
3. Apotheek: geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen					
3.1. Geneesmiddelen					
Vergoedbare geneesmiddelen					
Bedrag geneesmiddelen volledig ten laste van ziekenfonds				
Bedrag geneesmiddelen deels ten laste van de patiënt					
Naam product:	
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt					
Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer					
Naam product:	
Niet-vergoedbare geneesmiddelen					
Naam product:	
3.2. Para farmaceutische producten					
Naam product:	
3.3 Implantaten, prothesen, niet implanteerbare medische hulpmiddelen					
Vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (8)
Afleveringsmarge implantaten (6)				
Veiligheidsgrens implantaten (7)				
Niet-vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (8)	
Subtotaal 3 - Apotheek		

	Datum	Code (9)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)						
Vergoedbare honoraria						
Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds					
Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i> <i>Omschrijving (9)</i>
Honoraria volledig ten laste van de patiënt						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i> Omschrijving	
Subtotaal 4 - Honoraria zorgverleners			

BIJLAGE 37 (vervolg 3)

Blz x van y

5. Andere leveringen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving andere leveringen
Subtotaal 5 - Andere leveringen		

6. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Dringend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km
Bedrag voor de 11de tem de 20ste km
Bedrag vanaf de 21ste km
Forfait gebruik elektroden
Ander ziekenvervoer
Subtotaal 6 - ziekenvervoer		

7. Diverse kosten	Code	Aantal	Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving diverse kosten
Subtotaal 7 - Diverse kosten		

8. BTW op esthetische ingrepen	Code	EXCL. BTW	%	BTW	Ten laste van de patiënt – inclusief BTW (3)
.....	
Subtotaal 8 - BTW	

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
TOTAAL
TOTAAL door patiënt te betalen		
Reeds betaald voorschot op datum van/....		
Aangerekend aan een derde door het ziekenhuis		
Nog te betalen/terug te krijgen		

Te storten op rekening van het ziekenhuis:	.....
Te storten op rekening van de medische raad:	.....

- (1) Aangezien u dit kalenderjaar het plafondbedrag voor de maximumfactuur bereikt heeft, worden o.a. de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dit kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds.
Uitzondering : persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366^{ste} dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (2) Forfaitaire aangerekende kosten zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet de patiënt van geen van deze prestaties.
- (3) De rubriek 'Ten laste van de patiënt' omvat de wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria) en 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen").

Blz x van y

- (4) Supplement: wordt aangerekend bovenop het officiële bedrag voor de kamer en voor het honorarium (zie bijlage bij de opnameverklaring). Deze bedragen zijn een gevolg van de keuze voor een één persoonskamer. Deze bedragen zijn volledig ten laste van de patiënt.
- (5) Vergoeding door het ziekenhuis van verhoogde kosten patiënt voor water, elektriciteit en telefoon die door dialyse thuis worden veroorzaakt.
- (6) De afleveringsmarge is een vergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert, aflevert, enz...
- (7) De veiligheidsgrens is een percentage van de vergoedingsbasis waarmee het maximum aan te rekenen bedrag van sommige medische hulpmiddelen wordt bepaald.
- (8) Notificatie: de notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. De registratie is een voorwaarde om het implantaat aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds (uitzondering tandimplantaten).
- (9) De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank "Nomensoft" die beschikbaar is op de website van de RIZIV : <http://www.Riziv.fgov.be>

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2015 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 Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

BIJLAGE 37bis

FACTUUR voor ambulante zorg in het ziekenhuis - zorgen van xxx tot xxx

Eventueel Logo ziekenhuis

Blz 1 van

Benaming ziekenhuis

Voornaam FAMILIENAAM

Adres

Adres

Postcode - Gemeente

Postcode - Gemeente

RIZIV-nummer

KBO-nummer

Contact: naam/telefoonnummer

Factuurnummer

Facturatie-adres

Datum factuur

Voornaam FAMILIENAAM

Verzenddatum

Adres

Opnamennummer

Postcode - Gemeente

Dossiënummer

Verzorging van ../../...

Ziekenfonds

tot ../../...

NISZ nr.

Code gerechtigde

MEDEDELING :

Ofwel

Alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis; de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt. Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de vertrekkingen: wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Ofwel

De medische prestaties (of paramedische) die gefactureerd worden door de Medische Raad van het ziekenhuis staan vermeld op de "Honorariumnota", die in bijlage is gevoegd bij dit uittreksel. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

1. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	Statuut verstrekker (1)	Datum	Code (4)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)	Supplement (3)
<u>Vergoedbare honoraria</u>							
Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds						
Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds							
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>							
<i>Omschrijving (4)</i>	
<u>Honoraria volledig ten laste van de patiënt</u>							
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>							
Omschrijving		
Subtotaal 1 - Honoraria zorgverleners				

Blz 2 van

2. Apotheek: geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)	Supplement (3)
2.1. Geneesmiddelen					
Vergoedbare geneesmiddelen					
Bedrag geneesmiddelen volledig ten laste van ziekenfonds				
Bedrag geneesmiddelen deels ten laste van de patiënt					
Naam product:	
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt					
Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer					
Naam product:	
Niet-vergoedbare geneesmiddelen					
Naam product:	
2.2. Para farmaceutische producten					
Naam product:	
2.3 Implantaten, prothesen, niet implanteerbare medische hulpmiddelen					
Vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (5)
Afleveringsmarge implantaten (6)				
Veiligheidsgrens implantaten (7)				
Niet-vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (5) 	
Subtotaal 2 - Apotheek		

3. Andere leveringen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)
Omschrijving andere leveringen
Subtotaal 3 - Andere leveringen		

4. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)
Dringend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km
Bedrag voor de 11de tem de 20ste km
Bedrag vanaf de 21ste km
Forfait gebruik elektroden
Ander ziekenvervoer
Subtotaal 4 - ziekenvervoer		

5. Diverse kosten	Code	Aantal		Ten laste van de patiënt (2)
Omschrijving diverse kosten
Subtotaal 5 - Diverse kosten			

	Code	EXCL. BTW	%	BTW	Ten laste van de patiënt – inclusief BTW (2)
6. BTW op esthetische ingrepen					
.....	
Subtotaal 6 - BTW	

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)	Supplement (3)
TOTAAL
TOTAAL door patiënt te betalen		
Reeds betaald voorschot op datum van .././....		
Aangerekend aan <i>een derde door</i> het ziekenhuis		
Nog te betalen/terug te krijgen		

Te storten op rekening van het ziekenhuis:	.....
Te storten op rekening van de medische raad:	.....

- (1) Geconventioneerd (C): de verstrekker is verbonden aan de in een overeenkomst afgesproken tarieven
Gedeeltelijk geconventioneerd (PC): de verstrekker is bepaalde dagen verbonden aan de in de overeenkomst vastgelegde tarieven. De verstrekker of het ziekenhuis kan u hierover meer informatie geven.
Niet geconventioneerd (NC): de verstrekker is niet verbonden aan de in een overeenkomst afgesproken tarieven
- (2) De rubriek 'Ten laste van de patiënt' omvat de wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria) en 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen").
- (3) Supplement: wordt aangerekend bovenop het officiële bedrag voor het honorarium. Deze bedragen kunnen aangerekend worden door niet-geconventioneerde artsen en gedeeltelijk geconventioneerde artsen en zijn volledig ten laste van de patiënt.
- (4) De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank "Nomensoft" die beschikbaar is op de website van de RIZIV : <http://www.Riziv.fgov.be>
- (5) Notificatie: de notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. De registratie is een voorwaarde om het implantaat aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds (uitzondering tandimplantaten).
- (6) De afleveringsmarge is een vergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert, aflevert, enz...
- (7) De veiligheidsgrens is een percentage van de vergoedingsbasis waarmee het maximum aan te rekenen bedrag van sommige medische hulpmiddelen wordt bepaald.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2015 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 Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

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.: Nr. KBO:

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: Controlecijfer zending:

IBAN : [IBAN code]
BIC : [BIC code]

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 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 21 mei 2015 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 Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

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.: Nr. KBO:

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:
 IBAN :
 BIC :
 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,

VAN

DE 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 21 mei 2015 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 Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Bijlage 24

VERPLEEGNOTA: 1. VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de inrichting: Verwijzing naar deelektronische 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.: Nr. KBO:

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 (rubriek A)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	Voor rekening van de inrichting (rubriek A)	Voor rekening van de verstrekkers (rubriek B)	Totaal	
.....(1)	.....(2)	.....	.....
Algemeen totaal voor de V.I.		(1)	.....(2)	.....	.....

Controlecijfer zending:

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

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer
 IBAN :
 BIC :
 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.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening)

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

DE HOOFDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

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

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2015 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 Voorzitter,

G. PERL.

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.: Nr. KBO:

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 (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
IBAN :
BIC :
van
met de verwijzing :

(2) Bedrag te storten op rekening B, nummer
IBAN :
BIC :
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.

DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE VERPLEEGINRICHTING,

(Datum, naam en handtekening)

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

DE HOOFDGENEESHEER,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

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

DE APOTHEKER-DIENSTHOOFD,

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2015 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 Voorzitter,

G. PERL.

Bijlage 38

Datum van verzending:

Honorariumnota

bestemd voor de patiënt

Identificatie van de medische raad

Identificatie patiënt

Benaming:

Naam – voornaam:

Adres:

Dossiernr. in ziekenhuis:

Postnr. – Gemeente:

RIZIV-nummer:

Nr. KBO medische raad:

Tel.:

Inschrijvingsnr. ziekenfonds:

Verwijzing naar de verzamelstaat van de honoraria, verstuurd aan

Periode hospitalisatie:

van:te.....uur

de verzekeringsinstelling (ziekenfonds)

tot:te.....uur

Nr. verzekeringsinstelling (ziekenfonds):

Facturatieadres

Nr. verzamelstaat:

Naam:

Datum verzamelstaat:

Adres:

Postnr. – Gemeente:

Recht op maximumfactuur in (1)

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 opname (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:			

- 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.
- Indien de verstrekker is geconventioneerd (toegetroten tot het nationaal akkoord of overeenkomst): code = C
Indien de verstrekker NIET is geconventioneerd: code = NC
Indien de verstrekker slechts gedeeltelijk is geconventioneerd: code = PC;
Indien er geen akkoord of overeenkomst werd gesloten: geen code invullen.
- Code éénpersoonskamer = P
Code gemeenschappelijke of tweepersoonskamer = M
- 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
- Dit zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet een patiënt van geen van deze prestaties.
- Dit is een wettelijk forfaitair bedrag dat aan alle opgenomen patiënten aangerekend wordt.
Deze persoonlijk tussenkomst wordt ofwel aangerekend door het ziekenhuis ofwel door de medische raad van het ziekenhuis.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2015 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 Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Bijlage 83

HONORARIUMNOTA: VERZAMELFACTUUR

Identificatie van de medische raad 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.: Nr. KBO:

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:

Controlecijfer zending:

IBAN:

BIC

met de verwijzing:

IK BEVESTIG DAT IK BESCHIK OVER DE DOCUMENTEN WAARUIT BLIJKT DAT DE VERSTREKKER 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 BEVESTIG DAT DE VERMELDINGEN BETREFFENDE HET AANTAL VERPLEEGDAGEN MET BETREKKING TOT HET FORFAITAIR HONORARIUM VOOR KLINISCHE BIOLOGIE? MEDISCHE BEELDVORMING EN WACHTHONORARIUM BETAALBAAR PER LIGDAG JUIST ZIJN

DE VOORZITTER VAN DE MEDISCHE RAAD

(Datum, naam, RIZIV-identificatienummer en handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 21 mei 2015 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 Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.