



RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

OMZENDBRIEF AAN DE ALGEMENE
ZIEKENHUIZEN

OMZ. ZH. 2006/12

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Lieselotte HUYGHE
Attaché
Tel.: 02/739.73.57 **Fax:** 02/739.73.52
E-Mail: Zh@riziv.fgov.be
Onze Referte: Omz-zieke-2005-

Brussel,

- 5 -07- 2006

Betreft : verpleegnota – facturering forfait geneesmiddelen

In het Belgisch Staatblad van 30 juni 2006 – Ed. 2 wordt de verordening van 26 juni 2006 bekendgemaakt.

In deze verordening wordt het model van de verpleegnota (factuur aan het ziekenfonds) aangepast, waardoor het duidelijk wordt waar het forfait per opname voor geneesmiddelen moet worden gefactureerd.

Naar analogie met de instructies voor magnetische drager (die reeds in de maand maart werden bekendgemaakt) dient het forfait per opname voor geneesmiddelen vermeld te worden in de rubriek "farmaceutische kosten", met vermelding van de pseudo-code (756.000) en het bedrag in de kolom "ten laste V.I."

In dezelfde verordening wordt een tweede aanpassing doorgevoerd: in de voetnoot "(4)" wordt verduidelijkt dat het profylactie-forfait niet meer kan worden aangerekend voor de opnames die plaatsvinden na 1 juli 2006.

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,
directeur-generaal.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 2560

[C — 2006/22626]

26 JUNI 2006. — 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 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 26 juni 2006,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 22 verpleegnota: 2. individuele factuur (vervolg 3) en (vervolg 6), de bijlage 23 verpleegnota: 2. individuele factuur (vervolg 2) en (vervolg 5), de bijlage 24 verpleegnota: 2. individuele factuur (vervolg 2) en (vervolg 6) en de bijlage 25 verpleegnota: 2. individuele factuur (vervolg 2) en (vervolg 6) worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 juli 2006.

Brussel, 26 juni 2006.
De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER.

De Voorzitter,
D. SAUER.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 2560

[C — 2006/22626]

26 JUIN 2006. — 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 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 26 juin 2006,

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 22 note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite 3) et (suite 6), l'annexe 23 note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite 2) et (suite 5), l'annexe 24 note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite 2) et (suite 6) et l'annexe 25 note d'hospitalisation : 2. facture individuelle (suite 2) et (suite 6) sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

Bruxelles, le 26 juin 2006.
Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
D. SAUER.

Bijlage 22 (vervolg 3)**VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR**

Id. Rechthebbende:

Nr. factuur: van Naam: Blz.:

Nr. Zending/verb.: Inschrijvingsnummer: Ref. inrichting:

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Code dienst	Farmaceutische kosten		
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....	Forfait per opname	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAAL CATEGORIE							.....	.....	.....
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN							.....	.....	.....

ANDERE LEVERINGEN

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

SUBTOTAAL

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

Bijlage 22 (vervolg 6)**VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR**

Id. Rechthebbende:

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

DIVERSE KOSTEN

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

	Ten laste V.I. (7)	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG:		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT:		
VOORSCHOTTEN: - ONTVANGEN OP		-	
- STORTING VAN		-	
- CHEQUE VAN		-	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN:		
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN:		

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR**REFERENTIES**

Codering L/A/D in (2):

Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

- (1) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatric; M = Morgen
1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
7 = Vergoeding tegen 75 %.
- (2) C.T. = Code behandelde tand
- (3) L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (3) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (4) Profylactie-forfait: op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld (van toepassing voor de opname voor 1/7/2006).
- (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

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

Id. Rechthebbende:

Nr. factuur: van Naam: Blz:

Nr. zending/verb.: Inschrijvingsnummer: Ref. inrichting:

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code geneesmiddelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Farmaceutische kosten		
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
..... Forfait per opname							
AANGEVRAAGD DOOR:		Nr.:	Code dienst:				
TOTAAL CATEGORIE							
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN							

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Codenummer	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code dienst	Andere leveringen		
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....							
Afgeleverd door			Nr.:				
Aangevraagd door			Nr.:				
Identificatiecode implantaat:							
Toegediend door:			Nr.:				
Nr. Leveringsbon of zak:							
Nr. Attest toediening							
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN:							

SUBTOTAAL:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

Bijlage 23 (vervolg 5)**VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR**

Id. Rechthebbende:

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

DIVERSE KOSTEN

Omschrijving	Diverse kosten		
	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
..... TELEFOON
TOTAAL DIVERSE KOSTEN:

	Ten laste V.I. (7)	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG:		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT:		
VOORSCHOTTEN: ONTVANGEN OP		-	
STORTING VAN		-	
CHEQUE VAN		-	
DOOR DE PATIENT TE BETALEN:		
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN:		

REFERENTIES

Codering L/A/D in (2):
 Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend
 onder nr.:
 L/A/D = 1:
 L/A/D = 2:
 L/A/D = 3:

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

- (1) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatric; M = Morgen
 1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
 7 = Vergoeding tegen 75 %.
- (2) C.T. = Code behandelde tand
 L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (3) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (4) Profylactie-forfait: op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld (van toepassing voor de opname voor 1/7/2006).
- (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

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

Id. Rechthebbende:

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

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	RIZIV-nr. en naam van de voorschrijver	Code dienst	Farmaceutische kosten		
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
..... Forfait per opname									
.....									
.....									
TOTAAL CATEGORIE									
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN									

ANDERE LEVERINGEN

Datum afle- vering	Codenummer	RIZIV-nummer en naam van de verstrekker	RIZIV-nummer en naam van de voorschrijver	Eenheids- prijs	Hoeveel- heid	Code dienst	Aantal levering		
							Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....									
Identificatiecode implantaat:									
Toegediend door: Nr.:									
Nr. Leveringsbon-zak: Nr. Attest toediening:									
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN:									

SUBTOTAAL:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

Bijlage 24 (vervolg 6)**VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR**

Id. Rechthebbende:

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

	Ten laste V.I. (7)	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B):
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A):
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B):
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT:		
VOORSCHOTTEN: ONTVANGEN OP:		-	
STORTING VAN		-	
CHEQUE VAN		-	
DOOR DE PATIENT TE STORTEN: - OP REKENING A, NUMMER	
VAN	
- OP REKENING B, NUMMER	
VAN	
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN:		

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR

REFERENTIES

Codering L/A/D in (2):

Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

- (1) Normcode: N = Nacht; W = Weekend; F = Feestdag; P = Pediatrie; M = Morgen
1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
7 = Vergoeding tegen 75 %.
- (2) C.T. = Code behandelde tand
L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (3) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (4) Profylactie-forfait: op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld (van toepassing voor de opname voor 1/7/2006).
- (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994, deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

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

Id. Rechthebbende:

Nr. factuur: van Naam: Blz:

Nr. zending/verb.: Inschrijvingsnummer: Ref. inrichting:

FARMACEUTISCHE KOSTEN

Code genees- middelen	Benaming en dosering (4)	Cat.	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code dienst	Farmaceutische kosten		
						Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
..... Forfait per opname								
AANGEVRAAGD DOOR:								
..... Nr.: Code dienst:								
.....								
TOTAAL CATEGORIE								
TOTAAL FARMACEUTISCHE KOSTEN								

ANDERE LEVERINGEN

Datum	Codenummer	Eenheidsprijs	Hoeveelheid	Code dienst	Andere leveringen		
					Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	Totaal
.....							
Afgeleverd door: Nr.:							
Aangevraagd door: Nr.:							
Identificatiecode implantaat:							
Toegediend door: Nr.:							
Nr. Leveringsbon of zak:							
Nr. Attest toediening:							
TOTAAL ANDERE LEVERINGEN:							

SUBTOTAAL

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

Bijlage 25 (vervolg 6)**VERPLEEGNOTA: 2. INDIVIDUELE FACTUUR**

Id. Rechthebbende:

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

	Ten laste V.I. (7)	Ten laste patiënt	Totaal
ALGEMEEN TOTAAL VAN DE FACTUUR (SUBTOTAAL A + SUBTOTAAL B):
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING A (RUBRIEK A):		
DOOR DE V.I. TE STORTEN BEDRAG OP REKENING B (RUBRIEK B):		
BEDRAG TEN LASTE VAN DE PATIENT:		
VOORSCHOTTEN: ONTVANGEN OP:		-	
STORTING VAN		-	
CHEQUE VAN		-	
DOOR DE PATIENT TE STORTEN: - OP REKENING A, NUMMER	
VAN	
- OP REKENING B, NUMMER	
VAN	
AAN DE PATIENT TERUG TE BETALEN:		

LIJST VAN DE BIJLAGEN, TE VOEGEN BIJ DE FACTUUR**REFERENTIES**

Codering L/A/D in (2):

Laboratorium of apparatuur of dienst, erkend onder nr.:

L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

- (1) Normcode: N = Nacht, W = Weekend, F = Feestdag, P = Pediatric, M = Morgen
1 = Operatieve hulp 10 %; 2 = Operatieve hulp 5 %; 5 = Vergoeding tegen 50 %;
7 = Vergoeding tegen 75 %.
- (2) C.T. = Code behandelde tand
L/A/D = Verwijzing naar het erkend laboratorium of de erkende apparatuur of de erkende dienst
- (3) Datum van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift of datum van ontvangst van het voorschrift in het laboratorium enkel voor klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro.
- (4) Profylactie-forfait: op een tweede lijn moet de betreffende verstrekking worden vermeld (van toepassing voor de opname voor 1/7/2006).
- (5) In geval het gaat om een patiënt die niet valt onder de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt op deze lijn de prijs vermeld die overeenstemt met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (6) Deze informatie is bedoeld voor de verrekening in geval van subrogatie, bij de verrekening in het kader van de internationale verdragen en bij terugvordering zoals bedoeld in artikel 164 van de wet van 14 juli 1994; deze prijs stemt overeen met de prijs zoals bedoeld in artikel 104ter van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen.
- (7) Hierin zijn de bedragen, gestort in uitvoering van artikel 104bis, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, niet inbegrepen.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 26 juni 2006 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

D. SAUER

Annexe 22 (suite 3)**NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE**

Id. du bénéficiaire:

N° facture:..... du..... NOM:..... Page:

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code service	Frais pharmaceutiques		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....	Forfait par admission								
.....									
.....									
TOTAUX CATEGORIE									
TOTAUX FRAIS PHAMACEUTIQUES									

AUTRES FOURNITURES

Date fourniture	N° de code	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....									
Code identification implant:.....									
Administré par:.....			N°:.....						
N° Bon de livraison ou sac:.....			N° Attestation d'administration:.....						
TOTAUX AUTRES FOURNITURES									

SOUS-TOTAUX

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER

Annexe 22 (suite 6)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture:..... du..... NOM:..... Page:.....

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

FRAIS DIVERS

Description	Frais divers		
	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....		
TELEPHONE		
TOTAL FRAIS DIVERS		

	A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.:		
MONTANT A CHARGE DU PATIENT		
ACOMPTES:			
REÇU LE		-	
VIREMENT DU		-	
CHEQUE DU		-	
A PAYER PAR LE PATIENT:		
A REMBOURSER AU PATIENT:		

REFERENCES

Codification L/A/D en(2):
 Laboratoire ou appareillage ou service agréé
 sous le n°:
 L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %;
7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée (d'application pour l'admission avant le 1/7/2006).
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994, ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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,

D. SAUER

Annexe 23 (suite 2)**NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE**

Id. du bénéficiaire:

N° facture:..... du..... Nom:..... Page:

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
..... Forfait par admission							
DEMANDE PAR:..... N°..... Code service:							
.....							
TOTAUX CATEGORIE							
TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES:							

AUTRES FOURNITURES

Date	N° de code	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....							
Délivré par:..... N°:.....							
Demandé par:..... N°:.....							
Code identification implant:							
Administré par:..... N°:.....							
N° bon de délivrance ou sac:							
N° d'attestation d'administration:.....							
TOTAUX AUTRES FOURNITURES:							

SOUS-TOTAUX:

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER

Annexe 23 (suite 5)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture:..... du..... Nom:..... Page:

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

FRAIS DIVERS

DESCRIPTION	Frais divers		
	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....
TELEPHONE
TOTAL FRAIS DIVERS

	A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.:
MONTANT A CHARGE DU PATIENT
ACOMPTES: REÇU LE	-
VIREMENT DU	-
CHEQUE DU.....	-
A PAYER PAR LE PATIENT:
A REMBOURSER AU PATIENT:

REFERENCES

Codification L/A/D en(2):
Laboratoire ou appareillage ou service agréé
sous le n°:
L/A/D = 1:

L/A/D = 2:

L/A/D = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %;
7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
- (3) L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée (d'application pour l'admission avant le 1/7/2006).
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994, ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER

Annexe 24 (suite 2)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture:..... du Nom: Page:

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code serv.	Frais pharmaceutiques		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
..... Forfait par admission									
.....									
.....									
TOTAUX CATEGORIE									
TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES									

AUTRES FOURNITURES

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

SOUS-TOTAUX:

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER

Annexe 24 (suite 6)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture: du Nom: Page:

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

		A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAUX A + SOUS-TOTAUX B):		.....	.....	.....
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (RUBRIQUE A):		.....	.....	.....
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (RUBRIQUE B):		.....	.....	.....
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:			.....
ACOMPTES:	REÇU LE		-	
	VIREMENT DU		-	
	CHEQUE DU		-	
A VERSER PAR LE PATIENT:	- AU COMPTE A, NUMERO .....		.....
	DE .....		.....
	- AU COMPTE B, NUMERO .....		.....
	DE .....		.....
A REMBOURSER AU PATIENT:			.....

REFERENCES

Codification L/A/D en (2)
Laboratoire ou appareillage agréé ou service
agréé sous le n°:
L/A/D = 1:
L/A/D = 2:
L/A/D = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %;
7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement
pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée
(d'application pour l'admission avant le 1/7/2006).
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire
assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à
celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le
cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la
loi du 14 juillet 1994, ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les
hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la
loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER

Annexe 25 (suite 2)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture:..... du Nom: Page:

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
..... Forfait par admission							
DEMANDE PAR:..... N° : Code service							
.....							
TOTAUX CATEGORIE							
TOTAUX FRAIS PHARMACEUTIQUES:							

AUTRES FOURNITURES

Date	N° de code	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....							
Délivré par:..... N°:.....							
Demandé par:..... N°:.....							
Code identification implant:							
Administré par:..... N°:.....							
N° bon de délivrance ou sac:							
N° d'attestation d'administration:							
TOTAUX AUTRES FOURNITURES:							

SOUS-TOTAUX:

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER

Annexe 25 (suite 6)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture: du Nom: Page:

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

	A charge O.A. (7)	A charge patient	TOTAL
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAUX A + SOUS-TOTAUX B):
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE A (RUBRIQUE A):
MONTANT A VERSER PAR L'O.A. AU COMPTE B (RUBRIQUE B):
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:
ACOMPTES:			
REÇU LE	-
VIREMENT DU	-
CHEQUE DU	-
A VERSER PAR LE PATIENT:			
- AU COMPTE A, NUMERO
DE
- AU COMPTE B, NUMERO
DE
A REMBOURSER AU PATIENT:

REFERENCES

Codification L/A/D en (2)
 Laboratoire ou appareillage agréé ou service
 agréé sous le n°:
 L/A/D = 1:
 L/A/D = 2:
 L/A/D = 3:

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

- (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; P = Pédiatrie; M = Matin
 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %;
 7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
 L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement
 pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie: sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée
 (d'application pour l'admission avant le 1/7/2006).
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire
 assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à
 celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le
 cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la
 loi du 14 juillet 1994, ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les
 hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la
 loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Vu pour être annexé au règlement du 26 juin 2006 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.

D. SAUER