[M – Règl. 26-6-06 – M.B. 30-6 – éd. 2; **R** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6; **M** – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1; **R** – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 4**]** (°)

[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:
IBAN :
BIC :

Vignette de concordance

avec la référence:.....

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SEJOUR ET A LA DELIVRANCE DU SANG ET PLASMA SANGUIN ET A L'UTILISATION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE COMME ALLOGREFFE ET AVOIR DANS CHAQUE CAS SATISFAIT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 10 DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE

LE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

(Date, nom et signature)

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

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

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

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

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

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

(°) d'application à partir du 1-7-2015

[M – Règl. 26-6-06 – M.B. 30-6 – éd. 2 ; **R** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6**]** (°)

[Annexe 23 (suite 1)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: ..... du..... Page: .....

N° envoi/féd: ..... Réf. établissement: .....

Identification de l'établissement:

Nom: .....

Adresse:.....

Tél.: .....

N° INAMI: .....

Identification du bénéficiaire:

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

Organisme assureur: .....

Numéro d'inscription: .....

CT 1: ..... CT 2: .....
Admission: ..... à: .....
Sortie: ..... à: .....

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

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

SOUS-TOTAUX ....]

(°) d'application à partir du 14-8-2008

[R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 - art. 2**]** (°)

[Annexe 23 (suite 2)

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : …… du .. .. ….
N° envoi/féd. : ……..

Id. du bénéficiaire :
Nom : ……
Numéro d'inscription : ……..

Page : ……..
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 ……							
TOTAL 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 d'identification implant:			…….				
Code de notification implant: ……..							
Administré par: ……			**N°. :** ……				
N° bon de délivrance ou sac: ……							
N° d'attestation d'administration: ……..							
TOTAL AUTRES FOURNITURES					……	……	……
SOUS-TOTAUX					……	……	……]

(°) d'application à partir du 1-1-2011

Annexe 23 (suite 3)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

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

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

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prestation	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							
EFFECTUE PAR: ..... N°							
….. DU .. .. .. AU .. .. .. = ….. x …..					.....	.....	.....
EFFECTUE PAR: ..... N°							
DEMANDE PAR: ..... N°							
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
LIBELLE PRESTATION:							
LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF:							
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE:					.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE:					.....	.....	.....
TOTAUX - PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT					.....	.....	.....

SOUS-TOTAUX: ....

Annexe 23 (suite 4)

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

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

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

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS

Date prestation	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							
EFFECTUE PAR: ..... N°							
….. DU .. .. .. AU .. .. .. = ….. x …..					.....	.....	.....
EFFECTUE PAR: ..... N°							
DEMANDE PAR: ..... N°							
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
LIBELLE PRESTATION:							
LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF:							
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE:					.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE:					.....	.....	.....
Honoraires forfaitaires par journée biologie clinique (si pas perçus pour le compte du prestataire					.....	.....	.....
TOTAUX - PERCU POUR LE COMPTE DES DISPENSATEURS					.....	.....	.....

SOUS-TOTAUX: ....

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.
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.