

**[Annexe 38
NOTE D'HONORAIRES**

Date de l'envoi :

<p><i>Identification du Conseil médical</i></p> <p><i>Dénomination:</i> <i>Adresse:</i> <i>N° Postal - Commune:</i> <i>Numéro I.N.A.M.I.:</i> <i>N° BCE conseil médical :</i> <i>Tél.:</i></p> <p><i>Référence à l'état récapitulatif des honoraires envoyés à l'organisme assureur (mutualité):</i></p> <p><i>N° de l'organisme assureur (mutualité):</i> <i>N° Etat récapitulatif::</i> <i>Date Etat récapitulatif::</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>destinée au patient</i></p> <p><i>Identification du patient</i></p> <p><i>Nom - prénom:</i> <i>N° du dossier dans l'hôpital:</i> <i>N° à la mutualité:</i></p> <p><i>Période d'hospitalisation: du: à heures</i> <i>au: à heures</i></p> <p><i>Adresse de facturation</i></p> <p><i>Nom:</i> <i>Adresse:</i> <i>N° Postal - Commune:</i></p>
--	--

Drôit au maximum à facturer en (1) :

Honoraires médicaux et paramédicaux	Numéro de Nomenclature Nombre de prestations	Code adhésion (2)	Code chambre (3)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle (1)	Supplément ou autre montant (4)
1. Honoraires forfaitaires par admission (5)						
1.1. Forfait biologique clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique		
1.2. Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultation		
1.3. Honoraires service de garde médical en hôpital		
1.4. Intervention personnelle pour prestations techniques : AR 23-03-82 (6)				- 16,40	+ 16,40	
2. Financement global						
Montant global prospectif – partie honoraires pour description	
Suppléments						
Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur						
Description (8) (9) Valeur de base :						
3. Honoraires remboursables						
3.1. Honoraires entièrement à charge de la mutualité						
TOTAL:					
3.2. Honoraires partiellement à charge de la mutualité						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
Description (8)
4. Honoraires non remboursables						
4.1. Honoraires entièrement à charge de la mutualité						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
Description
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
Description
TOTAUX:			

(°) d'application à partir du 1-1-2019

Annexe 38 (suite)

TVA	Statut (7)	Montant hors TVA	% TVA	Montant TVA	A charge du patient TVAc
Nom et numéro d'assujetti à la TVA	
Sous-total TVA				

TOTAUX	A charge de la mutualité	A charge du patient (1)	Supplément ou autre montant
TOTAL
TOTAL à payer par le patient EUR		

- (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 ainsi que les montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)
- (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.
- (7) A) Régime de l'assujettissement TVA mixte : l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivrés dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu uniquement pour l'embellissement de l'apparence physique.
B) Régime particulier de paiement et de suivi TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
C) Régime particulier de paiement TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
D) Régime normal TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par le médecin.
E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le médecin.
- (8) 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>
- (9) Les prestations listées ici, qui doivent avoir été effectivement réalisées, sont celles couvertes par le montant global repris ci-dessus, sur lesquelles un supplément d'honoraires peut être porté en compte. La première colonne mentionne à titre indicatif la valeur de base de ces prestations pour le calcul des suppléments dans la dernière colonne.

Communication :

La présente note d'honoraires reprend les prestations facturées séparément par le Conseil médical de l'hôpital.

Elle doit nécessairement accompagner la facture patient (facture de l'hôpital) sauf s'il s'agit de facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou de rectifications. Elle doit être payée séparément.

Ci-après, le Conseil médical peut déterminer les éventuelles formalités de paiement]