

[I – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 5; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 4] (°)

[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 reference:

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)

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

ANNEXE 83 (suite 1)

NOTE D'HONORAIRES: FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture: du: Page:

N° envoi/féd: Ref. conseil médical:

Identification du conseil médical:

Nom:

Adresse:

Tél.:

N° INAMI:

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

CT 1: CT 2:

Admission: à:

Sortie: à:

HONORAIRES

Date prestations	Code n°	N (1)	C.D. L/A/D (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (3) (Récept. Prescr)	Honoraires		
							A charge O.A.	A charge patient	Total
HONORAIRES DE SURVEILLANCE				DU	AU				
.....									
LIBELLE PRESTATION:									
LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF:									
Sous-total prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
.....									
Sous-total prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
.....									
Code prestation Nombre de jours Prix unitaire									
HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN									
.....									
TOTAL - HONORAIRES PERCUS									

ANNEXE 83 (suite 2)

NOTE D'HONORAIRES: FACTURE INDIVIDUELLE

Id. du bénéficiaire:

N° facture: du Nom: Page:
N° envoi/féd.: N° d'inscription: Réf. conseil médical:

		A charge O.A.	A charge patient	Total
TOTAL GENERAL DE LA FACTURE		.....	.....	.....
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.		.....	.....
MONTANT A CHARGE DU PATIENT:			.....
ACOMPTES/	RECU LE: .....		.....
	VERSEMENT DU: .....		.....
	CHEQUE DU: .....		.....
A PAYER PAR LE PATIENT	- AU COMPTE		.....
	IBAN □□□□ □□□□ □□□□ □□□□		.....
	BIC □□□□□□□□		.....
A REMBOURSER AU PATIENT:			.....

LISTE DES ANNEXES A AJOUTER A LA FACTURE

REFERENCES

Codification L/AD en (2)

Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°:

L/AD = 1:

L/AD = 2:

L/AD = 3:

- (1) Code norme: N = Nuit, W = Week end, F = Jour férié, P = Pédiatrie, M = Matin
1 = Aide opératoire 10 p.c., 2 = Aide opératoire 5 p.c., 5 = Remboursement à 50 p.c.,
7 = Remboursement à 75 p.c.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée.
L/AD = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou service agréé
- (3) Date de la prescription, date de la réception de la prescription ou date de réception de la prescription au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et de la médecine nucléaire in vitro.

]