



## TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes service INAMI	Indice Santé publique	Libellé
19	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
20	B	Service de traitement de la TBC
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical
23	E	Service de pédiatrie
24	H	Service d'hospitalisation simple
25	L	Service des maladies contagieuses
26	M	Service de maternité
27	NIC	Service de soins néonataux intensifs
29	-	Unité de traitement de grands brûlés
30	G	Service de gériatrie et revalidation
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
35	K 1	Hospitalisation de jour en service K
36	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
37	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
38	A 1	Hospitalisation de jour en service A
39	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
41	T	Service psychiatrique (jour e nuit)
42	T 1	Hospitalisation de jour en service T
43	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
44	Tf	Placement familial dans un hôpital
45	Tp	Placement familial dans une famille
49	(i)	Fonction de soins intensifs
61	Sp	D'affections cardio-pulmonaires
62	Sp	D'affections locomotrices
63	Sp	D'affections neurologiques
64 (1)	Sp	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 (1)	Sp	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 (1)	Sp	Affections psychogériatriques
69 (1)	Sp	D'affections chroniques

(1) En l'absence d'agrément spécifique pour affections chroniques Sp, le code de service 69 doit être utilisé.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

Annexe 47b

- Form 721/bis

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation .....

Dénomination et adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission

Heure

Code service (1)

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection.

Pour l'établissement hospitalier,

**CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR**

Date

Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien

.....

A partir du

Code intervention personnelle

Montant

(Signature - Nom)

Premier jour .....

Deuxième jour .....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Codes titulaire

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

CT 1	CT 2

Cachet de l'O.A.

**Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional**

Le responsable,

Date

.....

(Signature - Nom)

**Exemplaire pour l'organisme assureur**

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.

## TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes service INAMI	Indice Santé publique	Libellé
19	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
20	B	Service de traitement de la TBC
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical
23	E	Service de pédiatrie
24	H	Service d'hospitalisation simple
25	L	Service des maladies contagieuses
26	M	Service de maternité
27	NIC	Service de soins néonataux intensifs
29	-	Unité de traitement de grands brûlés
30	G	Service de gériatrie et revalidation
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
35	K 1	Hospitalisation de jour en service K
36	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
37	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
38	A 1	Hospitalisation de jour en service A
39	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
41	T	Service psychiatrique (jour e nuit)
42	T 1	Hospitalisation de jour en service T
43	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
44	Tf	Placement familial dans un hôpital
45	Tp	Placement familial dans une famille
49	(i)	Fonction de soins intensifs
61	Sp	D'affections cardio-pulmonaires
62	Sp	D'affections locomotrices
63	Sp	D'affections neurologiques
64 (1)	Sp	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 (1)	Sp	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 (1)	Sp	Affections psychogériatriques
69 (1)	Sp	D'affections chroniques

(1) En l'absence d'agrément spécifique pour affections chroniques Sp, le code de service 69 doit être utilisé.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

## Annexe 47c

- Form 721/bis

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT****ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation .....

Dénomination et adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission

Heure

Code service (1)

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure, mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (2) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (2) d'une mesure de protection.

Pour l'établissement hospitalier,

Date

.....  
(Signature - Nom)**Exemplaire à conserver par l'établissement hospitalier**

(1) Voir codification au verso.

(2) Biffer les mentions inutiles.

## TABLEAU DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Codes service INAMI	Indice Santé publique	Libellé
19	N*	Section des soins néonataux non-intensifs
20	B	Service de traitement de la TBC
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical
23	E	Service de pédiatrie
24	H	Service d'hospitalisation simple
25	L	Service des maladies contagieuses
26	M	Service de maternité
27	NIC	Service de soins néonataux intensifs
29	-	Unité de traitement de grands brûlés
30	G	Service de gériatrie et revalidation
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile (jour et nuit)
35	K 1	Hospitalisation de jour en service K
36	K 2	Hospitalisation de nuit en service K
37	A	Service neuro-psychiatrique (jour et nuit)
38	A 1	Hospitalisation de jour en service A
39	A 2	Hospitalisation de nuit en service A
41	T	Service psychiatrique (jour e nuit)
42	T 1	Hospitalisation de jour en service T
43	T 2	Hospitalisation de nuit en service T
44	Tf	Placement familial dans un hôpital
45	Tp	Placement familial dans une famille
49	(i)	Fonction de soins intensifs
61	Sp	D'affections cardio-pulmonaires
62	Sp	D'affections locomotrices
63	Sp	D'affections neurologiques
64 (1)	Sp	Affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65 (1)	Sp	Polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66 (1)	Sp	Affections psychogériatriques
69 (1)	Sp	D'affections chroniques

(1) En l'absence d'agrément spécifique pour affections chroniques Sp, le code de service 69 doit être utilisé.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

Annexe 47d

- Form 721/bis

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT  
POUR PATIENT HOSPITALISE**

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M  
 Date de naissance : ..... 2 - F  
 Nom - Prénom : .....  
 Adresse : .....

Date d'admission ..... Heure ..... Code service ..... Protect. oui/non (1) .....

**CADRE A REMPLIR PAR L'ORGANISME ASSUREUR**

Intervention personnelle dans le prix de journée d'entretien

A partir du	Code intervention personnelle	Montant
Premier jour .....	.....	.....
Deuxième jour .....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Codes titulaire

CT 1	CT 2

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

**Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional**

Le responsable,

Date

.....

(Signature - Nom)

Identification de la Mutualité, l'Office régional, le Centre médical régional

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER

## Annexe 47e

- Form 721/bis

**REFUS D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT  
POUR PATIENT HOSPITALISE****ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation .....

Dénomination et adresse :

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription ..... Sexe 1 - M

Date de naissance : ..... 2 - F

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date d'admission	Heure	Code service	Protect. oui/non (1)
.....	.....	.....	.....

L'organisme assureur refuse d'intervenir dans les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité pour le motif évoqué ci-dessous :

**MOTIF DU REFUS****Identification de la Mutualité, l'Office régional, le Centre médical régional****Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional**

Le responsable,

Date

.....  
(Signature - Nom)

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER