

## NOTE D'HOSPITALISATION : 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement :	Référence aux supports magnétiques :	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 :		

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.		TOTAL
			Pour le compte de l'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	Pour le compte de l'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
			Total général pour l'O.A.		.....	.....	.....

A verser au compte : .....  
avec la référence : .....

Vignette de concordance

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 9SEPTIES-BIS DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION RELATIVES A L'HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE 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.

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 RELEVÉ ONT ETE DELIVRES CONFORMEMENT AUX REGLES EN VIGUEUR ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS M'ONT ETE FOURNIS.

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER,

LE MEDECIN-CHEF RESPONSABLE,

LE PHARMACIEN-CHEF DE SERVICE,

(Date, Nom et Signature).

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

(Date, Nom, N° d'identification - INAMI et Signature).

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 .....

N° d'inscription .....

CT 1 : ..... CT 2 : .....

Admission : ..... à : .....

Sortie : ..... à : .....

MOD. 721BIS

DERNIER MOD. 723

MOD. 727

ETABL. : .....

ETABL. : .....

ETABL. : .....

O.A. : .....

O.A. : .....

O.A. : .....

**RUBRIQUE A : Montants à verser au compte A**

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

Code service	Du :	Heure :	Au :	Heure :	Code journée	Nombre de jours	Prix de la journée	Frais de séjour			Réservé O.A.	Réservé établ.
								A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	QUOTE-PART PERSONNELLE											
.....	HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE											
.....	FORFAIT ART. 4 DE LA CONVENTION NAT. LE : .. .. (PATIENT AMBULANT) N° CODE DE LA PRESTATION : .. ..											
.....	JOURNEES NON FACTUREES											
.....	QUOTE-PART PERSON. DANS LES SPECIALITES PHARMAC. REMBOURSABLES											
.....	FORFAIT PSYCHIATRIE											
.....	FORFAIT READAPTATION											
.....	FORFAIT 1 JOUR :	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT ½ JOUR :	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	TOTAL FRAIS DE SEJOUR											
SOUS-TOTAUX :								.....	.....	.....	.....	.....

## NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :

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

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

## FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomina- tion et dosage (5)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code serv.	Frais pharmaceutiques			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL CATEGORIE							.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES							.....	.....	.....	.....	.....

## AUTRES FOURNITURES

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

## NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :

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

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

## HONORAIRES

Date prest.	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....							.....	.....	.....	.....	.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE					DU	AU	.....	.....	.....	.....	.....
.....							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRESTATION ...							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ...							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
.....							.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL							.....	.....	.....	.....	.....
FRAIS DIVERS											
Libellé							Frais divers			Réservé O.A.	Réservé établ.
.....							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....							.....	.....	.....	.....	.....
TELEPHONE							.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL FRAIS DIVERS							.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAL RUBRIQUE A							.....	.....	.....	.....	.....

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :  
 N° facture : ..... du .. .. Nom : ..... Page : .....  
 N° envoi/féd. : ..... Numéro d'inscription : ..... Réf. établissement : .....

**RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B**

HONORAIRES (Autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prest.	N° code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (Récept. prescr.)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
							A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE					DU	AU	.....	.....	.....	.....	.....
..... - ..... = ..... x ..... =							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRESTATION ...							.....	.....	.....	.....	.....
... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF ...							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
S/Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service .....							.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL							.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAL							.....	.....	.....	.....	.....

## NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :  
 N° facture : ..... du .. .. Nom : ..... Page : .....  
 N° envoi/féd. : ..... Numéro d'inscription : ..... Réf. établissement : .....

HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLE PAR JOURNEE D'ENTRETIEN (s'il ne figure pas sous la rubrique A)

	Code journée	Nombre de jours	Montant par jour	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
				A charge O.A.	A charge patient	Total		
HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE	.....	.....	.....	.....		.....		
TOTAL				.....		.....		
SOUS-TOTAL RUBRIQUE B :				.....		.....		

NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

Id. Bénéficiaire :

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

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

	A charge O.A. (en BEF)	A charge patient (en BEF)	Total (en BEF)	A charge O.A. (en EURO)	A charge patient (en EURO)	Total (en EURO)
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE (SOUS-TOTAL A + SOUS-TOTAL 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 : RECU LE .. ..		- .....			- .....	
VIREMENT DU .. ..		- .....			- .....	
CHEQUE DU .. ..		- .....			- .....	
A PAYER PAR LE PATIENT :		.....			.....	
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 (3) :

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) Imprimer la qualité qui convient.
- (2) 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 %.
- (3) C.D. = Code de la dent traitée.  
L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (4) 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.
- (5) Forfait - Prophylaxie : sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 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