

## 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 d'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	Pour le compte d'établissement (rubrique A)	Pour le compte des dispensateurs (rubrique B)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
			Total général pour l'O.A.		..... (1)	..... (2)	.....

(1) Montant à verser au compte A, numéro .....  
de .....  
avec la référence : .....

(2) Montant à verser au compte B, numéro .....  
de .....  
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 9<sup>SEPTIES-BIS</sup> DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE.

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES 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 .. ..  
 N° envoi/féd. : .....

Page : .....  
 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
ETABLISSEMENT : .....	ETABLISSEMENT : .....	ETABLISSEMENT : .....
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 journ.	Frais de séjour			Réservé à l'O.A.	Réservé établ.
								A charge O.A.	A charge patient	Total		
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
..... QUOTE-PART PERSONNELLE												
HONORAIRE FORF. BIOL. CLIN. PAR JOURNEE												
FORF. ART. 4 DE LA CONVENTION NATIONALE LE: .. .. (PATIENT AMBULANT)												
N° DE CODE DE LA PRESTATION : .. ..												
JOURNEES NON FACTUREES												
QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES												
FORFAIT PSYCHIATRIE												
FORFAIT READAPTATION												
.....	FORFAIT 1 JOUR :	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	FORFAIT ½ JOUR :	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL FRAIS DE SEJOUR								.....	.....	.....	.....	.....
SOUS-TOTAUX :								.....	.....	.....	.....	.....

## NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : ..... du .. ..

Page : .....

N° envoi/féd. : .....

Réf. établissement : .....

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription : .....

## FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage (5)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques			Réservé à l'O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
DEMANDE PAR :		N° : .....	Code Serv. : .....						
TOTAL CATEGORIE .....									
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES .....									

## AUTRES FOURNITURES

Date	N° code	Prix unitaire	Quantité	Code Service	Autres fournitures			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
Délivré par :		N° : .....							
Demandé par :		N° : .....							
Code identification implant : .....									
Administré par :		N° : .....							
N° bon de délivrance ou sac : .....									
N° d'attestation d'administr. : .....									
TOTAL AUTRES FOURNITURES .....									
SOUS-TOTAUX :									

## NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : ..... du .. ..

Page : .....

N° envoi/féd. : .....

Réf. établissement : .....

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription : .....

## HONORAIRES

Date prestation	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR			N° .....						
DEMANDE PAR			N° .....						
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
HONORAIRES DE SURVEILLANCE :									
EFFECTUES PAR :			N° .....						
..... DU .. .. AU .. .. = .....			..... × .....						
..... LIBELLE PRESTATION .....			.....						
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF .....			.....						
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....			.....						
.....			.....						
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR 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

N° facture : ..... du .. ..

Page : .....

N° envoi/féd. : .....

Ref. établissement : .....

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° D'INSCRIPTION : .....

RUBRIQUE B : Montants à verser au compte B

HONORAIRES (autres que ceux mentionnés sous la rubrique A)

Date prestation	N° de code	N (2)	C.D. L/A/D (3)	Date (4) (Réception prescription)	Honoraires			Réservé O.A.	Réservé établ.
					A charge O.A.	A charge patient	Total		
EFFECTUE PAR		N° .....							
DEMANDE PAR		N° .....							
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
HONORAIRES DE SURVEILLANCE EFFECTUES PAR :		N° .....							
..... DU .. .. AU .. .. = .....		.....							
..... LIBELLE PRESTATION .....									
..... LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF .....									
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....									
.....									
S/TOTAL PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....									
.....									
TOTAL									
		SOUS-TOTAL							

## NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : ..... du .. ..

Page : .....

N° envoi/féd. : .....

Réf. établissement : .....

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription : .....

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

N° facture : ..... du .. ..

Page : .....

N° envoi/féd. : .....

Réf. établissement : .....

Id. BENEFICIAIRE : NOM :

N° d'inscription : .....

	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. PRAETLe Président,  
D. SAUER