

[M – Règl. 26-6-06 – M.B. 30-6 – éd. 2; R – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6; M – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 4] (°)

[Annexe 25

NOTE D'HOSPITALISATION: 1. FACTURE RECAPITULATIVE

Identification de l'établissement: Référence aux supports électroniques: 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: ..... 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 de la facture individuelle
			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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
			Totaux généraux pour l'O.A.		.....(1)	.....(2)	

(1) Montant à verser au compte A, numéro

IBAN :

UUUU UUUU UUUUU UUUUU

BIC :UUUUUUUU

Chiffre de contrôle de l'envoi .....

de .....

avec la référence: .....

(2) Montant à verser au compte B, numéro

IBAN :UUUU UUUU UUUUU UUUUU

BIC :UUUUUUUU

de .....

avec la référence: .....

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 10 DU REGLEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES MENTIONS CONCERNANT LE NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION RELATIVES AUX HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES 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 RESPONSABLE 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]

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

[M – Règl. 26-6-06 – M.B. 30-6 – éd. 2 ; R – Règl. 28-7-04 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6](°)

[Annexe 25 (suite 1)]

NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE

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

N° envoi/féd.: ..... Réf. établissement: .....

Identification de l'établissement:	Identification du bénéficiaire:
Nom: .....	Nom: .....
Adresse: .....	Prénom: .....
Tél.: .....	Adresse: .....
N° INAMI: .....	Organisme assureur: .....
	Numéro d'inscription: .....
	CT1: ..... CT2: .....
	Admission: ..... à: .....
	Sortie: ..... à: .....

RUBRIQUE A: Montants à verser au compte A

FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION

Code service	Du:	Heure:	Au:	Heure:	Code prestation	Nombre de jours ou cas	Prix unitaire	Frais de séjour ou de revalidation ou de rééducation				
								A charge O.A.	A charge patient	TOTAL	Prix journée hôpital 100 %	
..... MONTANT PAR ADMISSION												
N° de code prestation en cas d'hospitalisation chirurgicale de jour: .....												
..... MONTANT PAR												
..... JOUR												
..... QUOTE-PART PERSONNELLE												
..... PRIX PAR												
PARAMÈTRE DE L'ACTIVITÉ												
JOURNÉES NON FACTURÉES												
QUOTE-PART PERSONNELLE DANS LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES												
HONORAIRES FORFAITAIRES BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNÉE												
FORF. ART. 4 CONVENTION NATIONALE LE: .....												
N° CODE PRESTATION .....												
ADMISSION D'URGENCE PSYCHIATRIE - ART. 2 CONVENTION NATIONALE												
FRAIS DE DÉPLACEMENT: date: ..... Nombre de kilomètres: .....												
FORFAIT REVALIDATION ET REEDUCATION												
..... FORFAIT												
1 JOUR:												
..... FORFAIT												
1/2 JOUR:												
<b>FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR</b>												

SOUS-TOTAUX .....]

(°) d'application à partir du 14-8-2008

[R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 - art. 2] (°)  
[Annexe 25 (suite 2)]  
**NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE**

N° facture : ..... du .....

Id. du bénéficiaire :

Page : .....

N° envoi/féd. : .....

Nom : .....

Numéro d'inscription : .....

Réf. Établissement : .....

**FRAIS PHARMACEUTIQUES**

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	Frais pharmaceutiques		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
..... Forfait par admission							
DEMANDE PAR : .....	.....	N°: .....		Code service: .....	.....		.....
.....					.....	.....	.....
TOTAUX CATEGORIE .....					.....	.....	.....
<b>TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES : .....</b>					.....	.....	.....

**AUTRES FOURNITURES**

Date	N° de code	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....							
Délivré par : .....		N° : .....					
Demandé par : .....		N° : .....					
Code d'identification implant: .....							
Code de notification implant: .....							
Administré par: .....		N° : .....					
N° bon de délivrance ou sac: .....							
N° d'attestation d'administration: .....							
<b>TOTAL AUTRES FOURNITURES</b>					.....	.....	.....

**SOUS-TOTAUX**

..... ]

(°) d'application à partir du 1-1-2011

**Annexe 25 (suite 3)**

**NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE**

Id. du bénéficiaire:

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

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

**HONORAIRES**

Date prestation	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							
EFFECTUE PAR: ..... N° .....							
..... DU ..... AU ..... = ..... x .....							
EFFECTUE PAR: ..... N° .....							
DEMANDE PAR: ..... N° .....							
.....							
LIBELLE PRESTATION: .....							
LIBELLE PRODUIT RADIO-ACTIF: .....							
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE: .....							
.....							
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE: .....							
.....							
<b>TOTAUX HONORAIRE RUBRIQUE A</b>							

**FRAIS DIVERS**

Libellé	Frais divers		
	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....			
TELEPHONE			
<b>TOTAUX FRAIS DIVERS</b>			

**SOUS-TOTAUX RUBRIQUE A** .....

**Annexe 25 (suite 4)**

**NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE**

Id. du 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 prestation	N° de code	N(1)	C.D. L/A/D (2)	Date (3) (Réception prescription)	Honoraires		
					A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE							
EFFECTUEE PAR:..... N°:.....							
..... DU..... AU..... =..... x.....							
EFFECTUE PAR:..... N°:.....							
DEMANDE PAR:..... N°:.....							
.....							
.....							
LIBELLE PRESTATION: .....							
LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF:.....							
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....							
.....							
S/TOTAUX PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LE SEJOUR DANS LE SERVICE .....							
.....							
<b>TOTAUX HONORAIRES DE LA RUBRIQUE B</b>							

**SOUS-TOTAUX** .....

**Annexe 25 (suite 5)**

**NOTE D'HOSPITALISATION: 2. FACTURE INDIVIDUELLE**

Id. du bénéficiaire:

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

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

**HONORAIRES FORFAITAIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE PAYABLES PAR JOURNEE D'ENTRETIEN** (s'ils ne figurent pas sous la rubrique A)

	Code de la prestation	Nombre de jours	Prix à l'unité	Honoraires		
				A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES FORF. BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAUX</b>				.....	.....	.....

**SOUS-TOTAUX RUBRIQUE B:** ..... .....



