# [Annexe 33d

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**
**POUR PATIENT HOSPITALISE**

| | |
|---|---|
| **ETABLISSEMENT HOSPITALIER**<br>Numéro INAMI: ..... | Dénomination et adresse |
| **ORGANISME ASSUREUR**<br>N° Mutualité ou Office .....<br>Régional ou Centre médical régional | Dénomination et adresse |

**BENEFICIAIRE** ..... **Sexe**
NISS (5):.....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)

**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<br>Deuxième jour | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |

| CT 1 | CT 2 | Droit au maximum à facturer dans l'année: | A.R. du 29-09-02 (3) en application (2) | |
|---|---|---|---|---|
| | | | OUI | NON |
| … | … | ……. | A.R. du 14-06-2006 (4) en application (2) | |
| | | | OUI | NON |

Nombre de journées de séjour visées à l'A.R. du 14-06-2006, art. 1, alinéa 1, 7° a) .....
Nombre de journées de séjour visées à l'A.R. du 14-06-2006, art. 1, alinéa 1, 7° a) .....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

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.
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;

**IDENTIFICATION DE LA MUTUALITE, L'OFFICE REGIONAL, LE CENTRE MEDICAL REGIONAL**

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

Le responsable,

Date
.....
(Signature – Nom)

**Exemplaire à renvoyer à l'établissement hospitalier.**
(1) Voir codification au verso.
(2) Biffer les mentions inutiles.
(3) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (suppléments d'honoraires).
(4) Arrêté royal portant exécution de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 (suppléments chambre de deux personnes).
(5) Pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS, il faut mentionner le numéro d'inscription de la mutualité.**]**