

[R - Règl. 16-2-04 - M.B. 16-3; R - Règl. 28-7-08 - M.B. 14-8 - éd. 2 - art. 6; R - Règl. 17-3-14 - M.B. 1-4 - art. 1; R - Règl. 21-5-15 - M.B. 17-6 - éd. 2 - art. 2; R - Règl. 1-2-16 - M.B. 12-2 - art. 1; R - Règl. 20-6-16 - M.B. 13-7 - art. 1; R - Règl. 18-12-17 - M.B. 15-1-18 - art. 3; R - Règl. 17-9-18 - M.B. 5-11 - éd. 3] (°)
[Annexe 37]

FACTURE PATIENT - soins du xxx au xxx

Logo éventuel de l'hôpital

Page 1 de

Identification de l'hôpital

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Adresse

Code postal - Commune

Code postal - Commune

Numéro INAMI

Numéro BCE

Contact : nom/numéro de téléphone

Numéro de facture

Adresse de facturation

Date de facture

Prénom NOM DE FAMILLE

Date d'envoi

Adresse

Numéro d'enregistrement

Code postal - Commune

Numéro de dossier

Soins du/.... heure

Mutualité

au/.... heure

N° NISS

Droit au maximum à facturer en (1):

Code bénéficiaire

RESUME DES FRAIS A CHARGE DU PATIENT

euros

1. Frais de séjour ou de réadaptation	
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation	.....
Supplément de chambre parce que vous avez opté pour une chambre à un lit	.....

2. Montants forfaitaires facturés (2)
---------------------------------------	-------

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)
--	-------

4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	.....
Suppléments (4)	.....

5 Autres fournitures
----------------------	-------

6. Transport de malades
-------------------------	-------

7. Frais divers
-----------------	-------

8. TVA
--------	-------

Total des frais à charge du patient
--	-------

..... euros sont facturés à votre mutuelle	
---	--

Vous avez déjà payé un acompte le/....

Facturé à un tiers par l'hôpital

VOTRE TOTAL RESTANT À PAYER / à rembourser

A verser sur le compte de l'hôpital :
---------------------------------------	-------

A verser sur le compte du conseil médical :
---	-------

Ci-dessous l'hôpital peut décrire les éventuelles formalités de paiement.

BULLETIN DE VIREMENT]

[R - Règl. 16-2-04 – M.B. 16-3; R – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6; R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 – art. 2 - Errata 29-11-10 – M.B. 25-1-11 – éd. 1; R – Règl. 17-3-14 – M.B. 1-4 – art. 1; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 2; R – Règl. 20-6-16 – M.B. 13-7 – art. 1; R – Règl. 18-12-17 – M.B. 15-1-18 – art. 3; R – Règl. 17-9-18 – M.B. 5-11 – éd. 3] (°)
[Annexe 37 (suite 1)]

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Page x de y

Prénom NOM DE FAMILLE

N° NISS

COMMUNICATION:

soit:

Toutes les prestations sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

soit :

Les prestations qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, sont mentionnées sur la "Note d'honoraires" jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

1. Frais de séjour ou de réadaptation						
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie			Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
Service (s)	Du ././...	Au ././...				
Frais de séjour
Chambre à un lit
Camp de vacances collectif
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour	Du ././...	Au ././...	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par perfusion intraveineuse
Chambre à un lit					
1.2.2. Maxi forfait, anesthésie, forfaits hôpital de jour et douleur chronique, admission urgente en hôpital psychiatrique
Chambre à un lit					
1.2.3. Forfait salle de plâtre		
1.2.4. Forfait manipulation Cathéter à chambre implantable		
1.2.5. Forfait de base oncologie		
1.2.6. Maxi forfait mono-combi oncologie, forfait pédiatrie mono-combi		
Chambre à un lit					
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale (5)	
1.4. Rééducation fonctionnelle	
Description	
1.5. Forfait rééducation fonctionnelle postcure	
1.6 Période hospitalisation à domicile	
Sous-total 1 - Frais de séjour			]

(°) d'application à partir du 1-1-2019

[R - Règl. 16-2-04 – M.B. 16-3; R – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 2; R – Règl. 1-2-16 – M.B. 12-2 – art. 1; R – Règl. 20-6-16 – M.B. 13-7 – art. 1; R – Règl. 17-9-18 – M.B. 5-11 - éd. 3] (°)

Page x de y

[Annexe 37 (suite 2)]

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)
Honoraires de biologie clinique	
Honoraires imagerie médicale	
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	
Médicaments : forfait par admission	
quote-part personnelle par jour
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés	

3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
3.1.Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité				
Montant médicament en partie à charge du patient					
Nom du produit:	
Médicaments entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
Nom du produit:	
Médicaments non-remboursables					
Nom du produit:	
Médicaments entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit:	
3.2. Produits parapharmaceutiques			
Nom du produit					
Produits parapharmaceutiques à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit:	
3.3.Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
Produits remboursables					
Nom du produit: Notification(8) :
Marge de délivrance implants (6)				
Marge de sécurité implants (7)				
Produits non remboursables					
Nom du produit: Notification(8) :	
Produits non remboursables à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit:	
Sous-total 3 – Pharmacie		]

[M – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1; R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 – art. 2; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 2; R – 1-2-16 – M.B. 12-2 – art. 1; R – Règl. 20-6-16 – M.B. 13-7 – art. 1; R – Règl. 17-9-18 – M.B. 5-11 – éd. 3] (°)

Page x de y

[Annexe 37 (suite 3)]

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
Financement global						
Montant global prospectif – partie honoraires pour description		.....		.....	.....
Suppléments						
Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur						
Description (9) (11) Valeur de base : .....	.....	.....	.....			.....
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				.....	
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
Nom du dispensateur demandé par <i>nom du prescripteur</i>						
Description (9)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Honoraires entièrement à charge du patient						
Nom du dispensateur demandé <i>par nom de prescripteur</i>						
Description	.....		.....		.....
Honoraires entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)						
Nom du dispensateur demandé <i>par nom de prescripteur</i>	.....	.....	.....		.....
Description						
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				.....	.....	.....]
5. Autres fournitures		Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	
Libellé autres fournitures						
Libellé autres fournitures à charge du patient pour lesquelles la TVA est due (montant hors TVA)		.....	.....	.....	.....
:		
Sous-total 5 - Autres fournitures				.....	.....
6. Transport de malade	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	
Transport urgent de malades (service 100/112)						
Forfait pour les premiers 10 km	.....	.....	.....	.....	.....
Montant du 11 ^e au 20 ^e km	.....	.....	.....	.....	.....
Montant à partir du 21 ^e km	.....	.....	.....	.....	.....
Forfait utilisation électrodes	.....	.....	.....	.....	.....
Autre transport de malades avec intervention	.....		.....		.....
Autres frais de transport de malades sans intervention	.....		.....		.....
Sous-total 6 - Transport de malades				.....	.....
7. Frais divers		Code	Nombre		A charge du patient (3)	
Libellé des frais divers :		.....	.....		.....
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquelles la TVA est due (montant hors TVA) :		.....	.....		.....
Sous-total 7 - Frais divers				]	

(°) d'application à partir du 1-1-2019

[M – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1; R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 – art. 2; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 2; R – 1-2-16 – M.B. 12-2 – art. 1; R – Règl. 20-6-16 – M.B. 13-7 – art. 1; R – Règl. 17-9-18 – M.B. 5-11 – éd. 3] (°)

Page x de y

[Annexe 37 (suite 4)]

8. TVA	Statut (10)	Montant hors TVA	% TVA	Montant TVA	A charge du patient – TVAC
Nom et numéro d'assujetti à la TVA
Sous-total 8 - TVA				

TOTAUX	A charge de la mutualité	A charge du patient	Supplément à charge du patient (4)
TOTAL
TOTAL à payer par le patient		..... EUR	
Acompte déjà payé à la date du ..../.../....		..... EUR	
Facturé à un tiers par l'hôpital		..... EUR	
Encore à payer/à rembourser		..... EUR	

À verser sur le compte de l'hôpital:	..... EUR
À verser sur le compte du conseil médical:	..... EUR

- (1) Puisque vous avez atteint le plafond du maximum à facturer au cours de cette année calendrier, entre autres les interventions personnelles pour les prestations de santé sont entièrement remboursées par votre mutualité pour le reste de l'année.
Exception : intervention personnelle pour les radio-isotopes, oxygène médical et prix de la journée d'entretien à partir du 366e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique
- (2) Les montants forfaitaires facturés sont des montants forfaitaires légaux qui sont facturés à tous les patients hospitalisés même si le patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (3) La rubrique "À charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures »)
- (4) Supplément: pour une admission avec nuitée(s) ou une hospitalisation de jour avec occupation d'une chambre ce montant est facturé en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe de la déclaration d'admission). Ces montants sont entièrement à charge du patient.
Il peut s'agir :
- d'un supplément de chambre qui est la conséquence du choix d'une chambre individuelle
- d'un supplément d'honoraires qui est la conséquence du choix d'une chambre individuelle
- d'un supplément d'honoraires qui est la conséquence du fait que le dispensateur n'est pas médecin et qu'il n'est pas conventionné, nonobstant le choix de la chambre.
Pour les autres traitements pour lesquels vous n'occupez pas une chambre, ces coûts sont la conséquence de soins dispensés par un dispensateur non-conventionné.
- (5) Remboursement par l'hôpital des frais majorés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée à la pharmacie hospitalière qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de la base de remboursement. La base de remboursement majorée de ce pourcentage constitue le montant maximum facturable pour le dispositif médical concerné.
- (8) Notification: le code d'identification ou de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. Pour la plupart des implants l'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de donnée "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>

[M – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1; R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 – art. 2; R – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 2; R – 1-2-16 – M.B. 12-2 – art. 1; R – Règl. 20-6-16 – M.B. 13-7 – art. 1; R – Règl. 17-9-18 – M.B. 5-11 - éd. 3] (°)

[Annexe 37 (suite 5)]

- (10) (A) Régime de l'assujettissement TVA mixte : l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivrés dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques.
(B) Régime particulier de paiement et de suivi TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(C) Régime particulier de paiement TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(D) Régime normal TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par le médecin.
(E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le médecin.]
- (11) Les prestations listées ici, qui doivent avoir été effectivement réalisées, sont celles couvertes par le montant global repris ci-dessus, sur lesquelles un supplément d'honoraires peut être porté en compte. La première colonne mentionne à titre indicatif la valeur de base de ces prestations pour le calcul des suppléments dans la dernière colonne.]