

[M – Règl. 26-6-06 – M.B. 30-6 – éd. 2 ; R – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6](°)

[Annexe 24 (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:												
FRAIS DE SEJOUR OU DE REVALIDATION OU DE REEDUCATION A PERCEVOIR												

SOUS-TOTAUX]

(°) d'application à partir du 14-7-2008

[R – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 - art. 2] (°)
[Annexe 24 (suite 2)]
NOTE D'HOSPITALISATION : 2. FACTURE INDIVIDUELLE

N° facture : du

Id. du bénéficiaire :
Nom :
Numéro d'inscription :

Page :
Réf. Établissement :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médicaments	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unitaire	Quantité	N° INAMI et nom du prescripteur	Code service	Frais pharmaceutiques		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....	Forfait par admission						.....	
.....
.....
TOTAL CATEGORIE							.....	.....	.....
TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES							.....	.....	.....

AUTRES LIVRAISONS

Date fourniture	N° de code	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Prix unitaire	Quantité	Code service	Autres fournitures		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....
Code identification implant:									
Code de notification implant:									
Administré par:									
N° :									
N° Bon de délivrance ou sac:									
N° d'attestation d'administration:									
TOTAL AUTRES FOURNITURES						

SOUS-TOTAUX :

.....]

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

Annexe 24 (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 prest.	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (3) (Récept. prescrip.)	Honoraires		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE									
DU AU									
..... - = x =									
LIBELLE PRESTATION									
LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF									
Sous-Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
Sous-Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service									
TOTAUX DES HONORAIRES DE LA RUBRIQUE A									

FRAIS DIVERS

Libellé	Frais divers		
	A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
.....			
TELEPHONE			
TOTAL FRAIS DIVERS			

SOUS-TOTAUX RUBRIQUE A

Annexe 24 (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 prest.	N° de code	N (1)	C.D. L/A/D (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (3) (Récept. prescrip.)	Honoraires		
							A charge O.A.	A charge patient	TOTAL
HONORAIRES DE SURVEILLANCE				DU AU					
..... - = x ..... =						.....	.....	.....
LIBELLE PRESTATION:									
LIBELLE PRODUIT RADIOACTIF:.....									
S/Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service.....						.....	.....	.....
.....						
S/Totaux prestations effectuées pendant le séjour dans le service.....						.....	.....	.....
TOTAUX DES HONORAIRES DE LA RUBRIQUE B						.....	.....	.....

SOUS-TOTAUX

Annexe 24 (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
TOTAUX			

SOUS-TOTAUX RUBRIQUE B:

