

**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 TVA

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 .././....

Mutualité

au .././....

N° NISS

Droit au maximum à facturer dans (1):

Code bénéficiaire

**RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE**

euros

1. Frais de séjour

Vos frais d'hospitalisation

.....

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 parce que vous avez opté pour une chambre à un lit

.....

5 Autres fournitures

.....

6. Transport urgent 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 .././....

.....

**VOTRE TOTAL RESTANT À PAYER / à rembourser**

.....

À verser sur le compte de l'hôpital :

.....

À verser sur le compte du conseil médical :

.....

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

BULLETIN DE VIREMENT

## DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Prénom NOM DE FAMILLE

N° NISS

## COMMUNICATION:

soit:

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) 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 médicales 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.

1. Frais de séjour							
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie				Nombre de jours	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Service (s) .....	Du .././...-	Au .././...-		.....			
	heure	heure					
Frais de séjour	.....	.....		.....	.....	.....	.....
Chambre à un lit	.....	.....		.....	.....	.....	.....
Camp de vacances collectif	.....	.....		.....	.....	.....	.....
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour		Du .././...-	Au .././...-		À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (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, forfaits hôpital de jour et douleur chronique		.....			.....		.....
Chambre à un lit							.....
1.2.3. Salle de plâtre		.....			.....		.....
1.2.4. Manipulation Cathéter à chambre implantable		.....			.....		.....
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale		.....	.....		.....	.....	-..... (5)
1.4. Rééducation fonctionnelle		.....	.....		.....	.....	.....
1.5. Forfait rééducation fonctionnelle post-cure		.....	.....		.....	.....	.....
<b>Sous-total 1 - Frais de séjour</b>					.....	.....	.....

	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
<b>2. Montants forfaitaires facturés (2)</b>				
Biologie clinique		.....	.....	
Imagerie médicale		.....	.....	.....
Service de garde médical et prestations techniques		.....	.....	
Médicaments : forfait par admission	.....	.....	.....	
- Quote-part personnelle par jour				
<b>Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés</b>		.....	.....	

	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
<b>3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux</b>					
3.1.Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité			.....		
Montant médicament en partie à charge du patient					
Nom du produit:	.....	.....	.....	.....	
Médicament entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
Nom du produit:	.....	.....		.....	
Médicaments non-remboursables					
Nom du produit:	.....	.....		.....	
3.2. Produits parapharmaceutiques					
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) : .....	.....	.....		.....	
<b>Sous-total 3 - Pharmacie</b>			.....	.....	

	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
<b>4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)</b>						
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				.....		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité						
Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>						
<i>Description (9)</i>	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Honoraires entièrement à charge du patient						
Nom du dispensateur <i>demandé par nom et prénom</i>						
Description	.....	.....	.....		.....	.....
<b>Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins</b>				.....	.....	.....

	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)
<b>5. Autres fournitures</b>				
Libellé autres fournitures	.....	.....	.....	.....
<b>Sous-total 5 - Autres fournitures</b>				.....

	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)
<b>6. Transport de malade</b>					
<b>Transport urgent de malades (service 100/112)</b>					
Forfait pour les premiers 10 km	.....	.....	.....	.....	.....
Montant du 11 <sup>e</sup> au 20 <sup>e</sup> km	.....	.....	.....	.....	.....
Montant à partir du 21 <sup>e</sup> km	.....	.....	.....	.....	.....
Forfait utilisation électrodes	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Autres frais de transport de malades</b>	.....		.....		.....
<b>Sous-total 6 - Transport de malades</b>			.....	.....	.....

	Code	Nombre		A charge du patient (3)
<b>7. Frais divers</b>				
Libellé des frais divers	.....	.....		.....
<b>Sous-total 7 Frais divers</b>				.....

	Code	TVA EXCL.	%	TVA	A charge du patient – TVAC (3)
<b>8. TVA sur des interventions esthétiques</b>					
.....		.....	.....	.....	.....
<b>Sous-total 8 - TVA</b>				.....	.....

TOTAUX	À charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
<b>TOTAL</b>	.....	.....	.....
<b>TOTAL à payer par le patient</b>		.....	
Acompte déjà payé à la date du .././....		.....	
<b>Payé à l'hôpital par un tiers</b>		.....	
Encore à payer/rembourser		.....	

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

- (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 366<sup>e</sup> 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: montant facturé en sus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe de la déclaration d'admission). Ces montants découlent de votre choix pour une chambre individuelle lors d'une hospitalisation avec nuitée ou pour un prestataire de soins non conventionné lors d'une hospitalisation de jour. Ces montants sont entièrement à charge du patient
- (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 au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de l'indemnité de base par lequel le montant maximum à facturer pour certains dispositifs médicaux est déterminé.
- (8) Notification: le code de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. L'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle (à l'exception des implants dentaires).
- (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>