

Annexe 1 : Exemples de document justificatif

Exemple avec uniquement les prestations facturées électroniquement en tiers payant.

Numéro d'ordre:		DOCUMENT JUSTIFICATIF SOINS DE SANTE DESTINE AU PATIENT(1)			
PATIENT		DISPENSATEUR DE SOINS			
Nom + prénom: Numéro NISS:		Identification		Les prestations de santé ont été effectuées pour compte de:	
		Nom + prénom:			
		Adresse:		Numéro BCE:	
		Numéro INAMI:			
Numéro BCE:					
Date des prestations	PRESTATION(S) DE SANTE REMBOURSABLE(S) (2)				
Prestation(s) facturée(s) en tiers payant					
	Code prestation	Intervention OA (3)	Intervention personnelle	Suppléments	
..... € € €	
..... € € €	
Total	 € (C) (*) € (D) (*) € (E) (*)	
Total dû par le patient (D+E)			 €	

Le présent document justificatif ne donne aucun droit au remboursement.

Exemple avec prestations remboursables et non remboursables

Numéro d'ordre:	DOCUMENT JUSTIFICATIF SOINS DE SANTE DESTINE AU PATIENT(1)			
PATIENT	DISPENSATEUR DE SOINS			
Nom + prénom: Numéro NISS:	Identification		Les prestations de santé ont été effectuées pour compte de:	
	Nom + prénom:	
	Adresse:		Nom entreprise:	
	Numéro INAMI:		Numéro BCE:	
Numéro BCE:				
Date des prestations	PRESTATION(S) DE SANTE REMBOURSABLE(S) (2)			
	Prestation(s) sans application du tiers payant			
	Code prestation	Tarif A.M.I.	Supplément (4)	
..... € €	
..... € €	
..... € €	
		(A) (*)	(B) (*)	
	Prestation(s) facturée(s) en tiers payant			
		Intervention OA (3)	Intervention personnelle	Supplément (4)
..... € € €	
..... € € €	
Total	 € € €
		(C) (*)	(D) (*)	(E) (*)
Total dû par le patient (A+B+D+E)			 €
Date des prestations	PRESTATION(S) DE SANTE NON REMBOURSABLE(S)(5)			Montant dû par le patient
	Libellé prestation			
..... €
..... €
..... €
..... €
..... €
..... €
..... €
Total (C) (*)			 € (F)
Montant total facturé à l'organisme assureur (3) (OA) (*)			 € (C)
Montant total à payer par le patient (D=A+B+D+E+F)			 € (G)
Montant payé jusqu'à ce jour (H) (*)				- €
Solde encore dû par le patient (G-H) (*)			 €

Le présent document justificatif ne donne aucun droit au remboursement.

(*) = les montants totaux sont facultatifs à l'exception du montant total à payer par le patient (G)

(1) Le présent **document justificatif** destiné au patient a pour but tant de donner au patient une preuve des sommes qu'il a payées à son dispensateur de soins que de lui donner une information sur la composition des sommes qu'il doit payer à son dispensateur de soins. Le présent document justificatif ne donne droit à aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé par le biais de votre organisme assureur. Votre organisme assureur peut vous donner de plus amples explications sur les sommes qui vous ont été portées en compte de même que sur les montants que l'assurance obligatoire vous a payés. Le patient peut éventuellement encore recevoir un remboursement d'une assurance complémentaire.

(2) Les **prestations remboursables** sont des prestations pour lesquelles il y a une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé par le biais de votre organisme assureur.

(3) Le montant directement facturé à l'organisme assureur en cas d'application du tiers payant.

(4) Le supplément est le montant que le dispensateur de soins porte en compte en plus du tarif officiel ou du tarif de l'engagement. Ce montant tombe pleinement à charge du patient.

(5) Les **prestations non remboursables** sont des prestations pour lesquelles il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé. Le patient doit payer lui-même l'intégralité du prix de cette prestation.

Annexe 2 : Document justificatif

A partir du 1er juillet 2015, vous devez remettre un document justificatif au patient dans les situations suivantes :

1. si vous attestez des prestations remboursables avec des prestations non remboursables
2. si vous facturez électroniquement des prestations en tiers payant,

Informations minimales requises sur le document justificatif

- quand une ASD reprenant toutes les prestations remboursables est remise au bénéficiaire :
 - o pour l'ensemble des prestations remboursables, le total des montants à payer (en ce compris les suppléments) ;
 - o pour chaque prestation non-remboursable, le libellé et le montant ;
 - o le total du montant à payer pour l'ensemble des prestations.

- quand il n'y a pas d'ASD reprenant toutes les prestations remboursable remise au bénéficiaire :
 - o pour chaque prestation remboursable :
 - son numéro d'ordre (ou la mention définie par le Comité de l'assurance) ;
 - le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs ;
 - le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément ;
 - l'intervention facturée directement à l'organisme assureur ;
 - o pour chaque prestation non-remboursable, le libellé et le montant.
 - o le total du montant à payer pour l'ensemble des prestations.

Si une facture qui contient ces informations a déjà été remise au patient, vous ne devez plus remettre de document justificatif séparément.

Le Comité de l'assurance, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente peut déterminer des modalités complémentaires pour chaque catégorie de dispensateurs de soins séparément.

Ces modalités peuvent concerner :

- 1° les autres mentions qui figurent sur le document justificatif ;
- 2° les modalités suivant lesquelles le document justificatif est remis au bénéficiaire ;
- 3° le moment où le document justificatif est remis au bénéficiaire s'il ne s'agit pas du moment où la prestation est effectuée ;
- 4° des modalités de regroupement de prestations similaires sur le document justificatif ;
- 5° un modèle de document justificatif ainsi que les cas dans lesquels ce modèle doit être utilisé.

Ces modalités s'ajoutent à ceux prévus dans la loi ou les remplacent.