



**RÉGIME COMMUN D'ASSURANCE
MALADIE**

COMMUNIQUÉ DU BUREAU CENTRAL

DE	Nachweise – Ausstellung der offiziellen Unterlagen durch die Leistungserbringer	p. 2
EN	Supporting documents –Official documents issued by practitioners	p.10
FR	Pièces justificatives - Délivrance par les prestataires des documents officiels	p.17

Auteur: ADMIN.B.5

Nachweise – Ausstellung der offiziellen Unterlagen durch die Leistungserbringer

1. EINLEITUNG

Gemäß der Verwaltungsmitteilung vom 29. Januar 1996 über Verfahren und Anwendung bestimmter Punkte der Regelung des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems **«müssen sämtliche Kosten auf Rechnungen aufgeführt werden, die mit den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie ausgestellt wurden, übereinstimmen»**. Dieses Prinzip wurde vom Verwaltungsausschuss des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems auf seiner Sitzung vom 21.-22. November 2001 bestätigt.

Die Abrechnungsstellen haben zwar bisher häufig die in beliebiger Form ausgestellten Quittungen als Rechnungen akzeptiert, bestehen aber nun im Hinblick auf die Erstattung durch das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem darauf, dass die Leistungserbringer die offiziellen Unterlagen nach Maßgabe der Rechtsvorschriften in den Ländern ausstellen, in denen die Leistungen erbracht wurden.

Die Gebührenrechnungen für zahnärztliche Leistungen (Formulare A2 und B2 des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems) ersetzen die offiziellen Unterlagen nicht, sondern sind zusätzlich vorzulegen. Außerdem sind weiterhin unsere Formulare für Kostenvoranschläge (Formulare A1 und B1) zu verwenden (siehe <http://intracomm.cec.eu-admin.net/guide/assmal/index.htm>).

2. IN BELGIEN VORGESCHRIEBENE UNTERLAGEN

Mit Ministerialerlassen vom 17. Dezember 1998 (Moniteur belge vom 30. Dezember 1998) wurden die einzelnen Formulare festgelegt, die von Ärzten und medizinischen Einrichtungen ausgefüllt werden müssen.

Das Zentralbüro hat kürzlich die in Belgien niedergelassenen Ärzte mit direkten Postsendungen über ihre berufsständischen Organisationen und die Fachmedien im Rahmen einer Informationskampagne nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die von den belgischen Rechtsvorschriften vorgesehenen offiziellen Rechnungen auszustellen sind.

Um den uns angeschlossenen Personen die Leistungen der Ärzte, die in **Belgien** praktizieren, entsprechend den geltenden Regeln und Verfahren erstatten zu können, verweisen wir auf die nachfolgende Übersicht der einzelnen Unterlagen, die für medizinische Leistungen in Belgien auszustellen sind:

- Bescheinigung über erbrachte Leistungen (Formular 1)
- offizielle Quittung (Formular 2)
- Gesamtbescheinigung über die erbrachten Leistungen (Formular 3)
- Konkordanzvignette (Formular 4).

2.1. Erbrachte Leistungen – siehe Formular 1

(Farbe und Aufmachung dieses Formulars sind je nach Qualifikation des Leistungserbringers unterschiedlich.)

→ auszustellen **mit Steuerquittung** (unten auf dem Formular) von den beim INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) **zugelassenen Erbringern medizinischer Leistungen, die selbstständig arbeiten, wie:**

Ärzte und Pharmako-Biologen, Zahnärzte, Hebammen, Pflegepersonal, Krankenhauspersonal u.ä., Physiotherapeuten, Logopäden und Orthopisten.

(Nicht aufgeführt sind die Ärzte mit Gesellschaftsform z.B. einer Personengesellschaft mbH → siehe Punkt 2.3 -Formular 3)

Wichtige Bemerkungen:

- a) Ärzte usw. dürfen nicht die **Steuerquittung** von der Leistungsbeschreibung **abtrennen**, da der Leistungserbringer dem Patienten gleichzeitig die Bescheinigung über die erbrachten Leistungen und die Steuerquittung ausstellen muss (Grund dafür ist, dass die Honorare für von der Kranken-Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Belgien gedeckte Leistungen **bar** zu zahlen sind);
- b) von der Vorlage der **Steuerquittung** durch den Arzt wird **abgesehen**, wenn die Zahlungen durch Überweisung oder Anweisung auf ein Postgirokonto oder ein Bankkonto erfolgen;
- c) Bei dem INAMI zugelassene Erbringer von Leistungen (Ärzte usw.), die ihre Tätigkeit gemeinschaftlich mit anderen ausführen und deren Leistungsbescheinigung daher keine Quittung umfasst, müssen den entrichteten Betrag auf dem Dokument aufführen.

2.2. Offizielle Quittung – siehe Formular 2

(Dieses Formular ändert sich je nachdem, ob der Leistungserbringer der Mehrwertsteuer unterliegt oder nicht.)

→ von den **übrigen nicht vom INAMI zugelassenen Leistungserbringern** vorzulegen, wie beispielsweise:

Osteopathen, Psychologen, Podologen, Chiropraktiker, Diätassistenten oder allen übrigen freien Berufe, die keine Bescheinigung über die erbrachten Leistungen ausstellen können.

2.3. Gesamtleistungsbescheinigung – siehe Formular 3

→ von den **medizinischen Einrichtungen** vorzulegen:

«Medizinische Einrichtungen» sind: Kliniken, Krankenhäuser, Erholungsheime, Pflegeheime, ähnliche Anstalten unter der Verwaltung von juristischen Personen, Labors, sowie Ärzte, die gemeinschaftlich mit anderen arbeiten.

Auf diesem Formular können Leistungen erfasst werden, die von verschiedenen Erbringern ärztlicher Leistungen für ein und denselben Patienten erbracht werden. Es wird vor allem von Kliniken und Krankenhäusern verwendet, aber auch von Ärzten, die in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten (medizinische Beratungsstelle o.ä.).

Wichtige Bemerkungen:

- a) die vorgenannten Einrichtungen müssen eine Bescheinigung über die erbrachten Leistungen oder eine Gesamtleistungsbescheinigung ausstellen, die keine Steuerquittung umfasst.
- b) Eine Leistungsbescheinigung muss nicht vorgelegt werden, wenn die Leistungen auf einer Rechnung aufgeführt sind, die **im Falle eines Krankenhausaufenthaltes mit einer Konkordanzvignette versehen ist (siehe 2.4)**

2.4. Konkordanzvignette - siehe Formular 4

→ von den medizinischen Pflegeanstalten auf der Rechnung über die medizinischen Leistungen anzubringen, jedoch nur im Fall eines **Krankenhausaufenthaltes**.

Wichtige Bemerkungen:

- a) «Der Auszug aus der Krankenhaushonorarforderung» (bezieht sich auf die Rechnung für den vom Patienten zu zahlenden Anteil) ist keine Rechnung; gegebenenfalls ist beim Krankenhaus die Ausstellung der Einzelrechnung zu erbitten, auf der die einzelnen Codes der INAMI-Nomenklatur mit den Einzelpreisen aufgeführt sind.
- b) Bei **zentralisierter Eintreibung der Honorare im Krankenhausbereich** durch einen ärztlichen Rat ist eine **(globale) Bescheinigung der erteilten Leistungen auszustellen**; in diesem Fall erübrigt sich die Ausstellung einer Rechnung mit Konkordanzvignette.
- c) Sind die Angaben auf der Rechnung über die erteilten Leistungen unzureichend, so müssen die medizinischen Einrichtungen eine (globale) Bescheinigung der erteilten Leistungen ausstellen.
- d) Alle Beträge, einschließlich der zusätzlichen Honorarforderungen müssen auf einer Rechnung des Krankenhauses oder einer getrennten Honorarforderung des Ärztlichen Rates der Einrichtung aufgeführt sein. Allerdings wurde einer kleinen Zahl von Krankenhausärzten, (die am 31. Dezember 1983 eine mindestens 20jährige Krankenhauspraxis hatten und denen vom ärztlichen Rat der Einrichtung bewilligt wurde, ihre Honorare individuell einzuziehen), gestattet, persönliche Honorarforderungen unabhängig vom jedem Rechnungssystem vorzulegen.

Folglich weist das Zentralbüro im Zusammenhang mit den ärztlichen Honoraren in Belgien die angeschlossenen Personen nachdrücklich darauf hin, dass Honorarforderungen, die nicht im Rahmen der Krankenhausrechnung oder der zentralen Gebührenerhebung durch die Einrichtung gestellt werden, nicht mehr beglichen werden sollen.

3. NACHWEISE FÜR LUXEMBURG

3.1. Elektronische Rechnungsstellung

Seit Unterzeichnung eines Abkommens mit der Entente des Hôpitaux stellt die Vorlage der Rechnungen für Krankenhausleistungen kein Problem mehr dar. Das gilt auch für die dem Centre Hospitalier (CHL) angeschlossenen Ärzte, mit denen ebenfalls ein Abkommen unterzeichnet wurde. Diese Rechnungen werden stets elektronisch erstellt.

3.2. Auf den Unterlagen erforderliche Informationen

Auf den Rechnungen der entweder in einer Praxis oder einem Krankenhaus (ausgenommen das CHL) freiberuflich tätigen Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegern/innen, Masseur-Physiotherapeuten, Orthophonisten, Psychomotorikern, Psychologen und Hebammen müssen zwingend die (von der Union des Caisses Maladies zugewiesene) Ärzte-Codenummer, der Code der nationalen Nomenklatur und/oder die genaue Bezeichnung der erbrachten Leistung und selbstverständlich der Betrag vermerkt sein. Diese Rechnungen können elektronisch oder von Hand erstellt werden.

4. BELEGE AUS ITALIEN

Die Belege für medizinische Leistungen müssen mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- persönliche Angaben über den Aussteller der Rechnung: Steueranschrift oder Wohnort, MwSt.-Kennnummer und/oder Steuerkennnummer
- Angabe der Rechnungsnummer (laufende Nummerierung)
- gegebenenfalls Dokument über die MwSt.-Befreiung (Art. 72 des Erlasses DPR 633/72).

5. BELEGE AUS DEN ÜBRIGEN LÄNDERN

Hinsichtlich der Belege in den übrigen Ländern müssen die angeschlossenen Personen bei den Leistungserbringern und den medizinischen Einrichtungen die Belege anfordern, die der Rechtsprechung des Landes entsprechen, in dem die Leistungen erbracht wurden.

Die Abrechnungsstellen bestehen darauf, dass die ihnen angeschlossenen Personen die Rechnungen und/oder nationalen Abrechnungsformulare zum Zweck der Erstattung durch das GKFS vorlegen, die alle für die Kostenerstattung erforderlichen Angaben enthalten.

6. ANWENDUNG

Die vorstehenden Bestimmungen sind **unmittelbar anzuwenden**, d.h. für alle Leistungen, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Verwaltungsmitteilung noch nicht in Rechnung gestellt waren. Das Zentralbüro wird die Situation nach einer Übergangszeit von sechs Monaten, während der die Abrechnungsstellen eine gewisse Flexibilität dulden, erneut prüfen.

Probleme der Leistungserbringer oder der angeschlossenen Personen im Zusammenhang mit der Ausstellung der offiziellen Unterlagen sind dem Zentralbüro der Krankenversicherung (B-28 03-124) oder per e-mail an ADMIN-RCAMINFO@cec.eu.int zu melden.

Supporting documents – Official documents issued by practitioners

1. INTRODUCTION

The Administrative Notices of 29 January 1996 on the procedures and application of certain aspects of the Rules of the Joint Sickness Insurance Scheme states that **‘all expenses must result from receipted bills which conform to the legislation of the country in which they were issued’**, a principle which was confirmed by the Management Committee of the JSIS at its meeting on 21 and 22 November 2001.

Although settlements offices have often accepted receipts on plain paper as bills, they will in future insist that practitioners always provide for reimbursement by the JSIS official documents which conform to the legislation of the country in which they were issued.

In the case of dentists, it should be noted that bills (JSIS forms A2 and B2) complement but do not replace the official documents. Our usual estimate forms A1 and B1 may still be used (cf. <http://intracomm.cec.eu-admin.net/guide/assmal/index.htm>).

2. SUPPORTING DOCUMENTS IN BELGIUM

The ministerial decrees of 17 December 1998 (*Moniteur belge* of 30 December 1998) set out the various forms which practitioners and health care establishments are required to use.

The Central Office recently launched an information campaign using direct mail, the professional organisations and trade unions and the specialist press to stress that medical practitioners in Belgium must always issue the official bills required by Belgian legislation.

So that our members can be reimbursed for services provided by practitioners working in **Belgium** in accordance with the rules and procedures in force, we provide below a list of the various documents to be delivered for health-care services in Belgium:

- the certificate of services provided (form 1)
- the official receipt (form 2)
- the general certificate of services provided (form 3)
- the ‘vignette de concordance’ (conformity sticker) (form 4).

2.1. Certificate of services provided – see form 1

(This form differs in colour and lay-out depending on the qualifications of the person issuing it.)

→ to be issued **with the tax receipt** at the bottom of the form by **practitioners recognised by the INAMI** (Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité – National sickness and invalidity insurance institute) **who are self-employed**, i.e.:

doctors and chemist-analysts, dentists, midwives, nurses, nursing assistants and auxiliaries, physiotherapists, speech therapists and orthoptists.

(This does not include practitioners grouped in an SPRL → see point 2.3 – form 3.)

Important notes:

- a) Doctors, etc. are **forbidden to detach the tax receipt** from the certificate of services provided where the person providing the services is required to issue the patient with both the certificate and the tax receipt (this is the case in particular where fees for services covered by sickness and invalidity insurance in Belgium are **paid in cash**).
- b) Where payments are made by **transfer** to a post office or bank current account, practitioners are **not required** to issue **the tax receipt**.
- c) Where practitioners recognised by the INAMI (doctors, etc.) who work as part of a group and whose certificates of services provided do not include a receipt, the price paid should be mentioned on the document.

2.2. The official receipt – see form 2

(This form differs depending on whether or not the practitioner is registered for VAT.)

→ to be issued by **other practitioners not recognised by the INAMI**, e.g.:

osteopaths, psychologists, chiropodists, chiropractors, dieticians or any other similar profession which is unable to issue a certificate of services provided.

2.3. General certificate of services provided – see form 3

→ to be issued by **health-care establishments**

‘Health-care establishments’ means clinics, hospitals, rest homes, convalescent homes and similar establishments run by individuals, laboratories and practitioners working in a group.

This type of certificate enables services provided by various practitioners to the same patient to be grouped on a single form. It is used mainly by clinics and hospitals but also, for example, by practitioners working as part of a group (e.g. with a medical board).

Important notes:

- a) These establishments are required to issue a certificate of services provided or a general certificate of services provided which **does not include a tax receipt**.
- b) It is not necessary to issue a certificate of services provided when the services appear on an invoice bearing a '**vignette de concordance**' in the event of hospitalisation (see **point 2.4 below**).

2.4. The 'vignette de concordance' - see form 4

→ To be attached by **health-care establishments** to the invoice detailing health-care services, only **in the event of hospitalisation**

Important notes:

- a) The 'extract from the hospitalisation bill' (concerning the billing of the amount to be paid by the patient) is not an invoice; if necessary, the hospital should be asked to provide the individual invoice showing the various codes of the INAMI nomenclature with detailed prices.
- b) If fees are **collected centrally within a hospital** by a medical board, a **(general) certificate of services provided** must be issued; in this case there will be no invoice with a 'vignette de concordance'.

- c) If the details of the services on the invoice are inadequate, the health-care establishments are required to issue a (general) certificate of services provided.
- d) All amounts, including fee supplements due, must appear on a hospital invoice or separate bill payable to the establishment's medical board. However, a small number of hospital doctors (those who, at 31 December 1983, had been working in hospitals for at least 20 years and secured the authorisation of the establishment's medical board to continue to receive their fees individually) may still submit a personal bill separate from the invoice.

Accordingly, the Central Office would stress that members should no longer pay medical fees in Belgium which do not appear on the invoice from the hospital or the establishment's central collection unit.

3. SUPPORTING DOCUMENTS IN LUXEMBOURG

3.1. Computerised invoicing

The signature of an agreement with the Entente des Hôpitaux means that the submission of invoices for hospital services is no longer a problem. This is also true of doctors attached to the Centre Hospitalier (CHL), who have also signed an agreement. These invoices are always computer-generated.

3.2. Information to be given on the documents

Invoices from doctors, dentists, nurses, masseurs-physiotherapists, speech therapists, psychomotor therapists, psychologists and midwives working independently either on their own premises or in a hospital (other than the CHL) must bear the code of the practitioner (allocated by the Union des Caisses de Maladie), the code of the national nomenclature and/or a precise description of the act performed and, of course, the amount. These invoices may be computer-generated or hand-written.

4. SUPPORTING DOCUMENTS IN ITALY

Supporting documents for health-care services must include at least:

- the details of the person issuing the invoice: tax or home address, VAT number and/or tax code;
- the serial number of issue;
- if appropriate, the reason for exemption from VAT (Art. 72 of Presidential Decree No 633/72).

5. SUPPORTING DOCUMENTS IN OTHER COUNTRIES

It is the responsibility of members always to ensure that supporting documents issued by practitioners and health-care establishments in other countries comply with the legislation of the country where the services were provided.

Settlements offices will always require members seeking reimbursement from the JSIS to submit invoices and/or national forms giving all the information needed for the reimbursement of expenses.

6. APPLICATION

These provisions **apply immediately**, i.e. to services not yet invoiced at the date of publication of this Administrative Notice. The Central Office will review the situation after a six-month transitional period during which claims offices will demonstrate a degree of flexibility.

Any problems encountered by practitioners or members in issuing the official documents should be reported in writing to the Sickness Insurance Central Office (B-28 03-124) or by e-mail to ADMIN-RCAMINFO@cec.eu.int.

Pièces justificatives – Délivrance par les prestataires des documents officiels

1. INTRODUCTION

L'information administrative du 29 janvier 1996 sur les procédures et l'application de certains points de la réglementation du Régime Commun d'Assurance Maladie stipule que *"tous les frais doivent ressortir de factures conformes à la législation du pays dans lequel elles ont été émises"*, principe qui a été confirmé par le Comité de Gestion de l'Assurance Maladie lors de sa réunion des 21 et 22 novembre 2001.

Bien que les Bureaux liquidateurs aient souvent accepté comme factures les reçus sur papier libre, ils insisteront dorénavant en vue du remboursement par le RCAM sur la délivrance systématique de la part des prestataires des documents officiels conformes à la législation du pays dans lequel les prestations ont eu lieu.

En ce qui concerne les praticiens de l'art dentaire, il y a lieu d'attirer l'attention sur le fait que les notes d'honoraires (formulaires A2 et B2, éditées par le RCAM) ne remplacent pas les documents officiels mais doivent être utilisés en complément. Nos modèles usuels de devis (formulaires A1 et B1) restent également à utiliser (cf. <http://intracomm.cec.eu-admin.net/guide/assmal/index.htm>).

2. PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LA BELGIQUE

Les arrêtés ministériels du 17 décembre 1998 (Moniteur belge du 30 décembre 1998) ont déterminé les différents modèles à délivrer obligatoirement par les praticiens et les établissements de soins de santé.

Récemment, le Bureau central a entamé une campagne d'information auprès des prestataires médicaux en Belgique par un courrier direct, via leurs organisations professionnelles et syndicales et via les médias spécialisés, afin d'insister sur la délivrance systématique des factures officielles prévues par la législation belge.

Afin de rembourser à nos affiliés les prestations des praticiens qui exercent leurs fonctions en **Belgique** et ceci dans le respect des règles et procédures en vigueur, vous trouverez ci-après le relevé des différents documents à délivrer pour les prestations de santé en Belgique:

- l'attestation de soins donnés (modèle 1)
- le reçu officiel (modèle 2)
- l'attestation globale de soins donnés (modèle 3)
- la vignette de concordance (modèle 4).

2.1. Attestation de soins donnés – voir modèle 1

(Ce modèle diffère en couleur et en présentation selon la qualification du dispensateur.)

→ à délivrer **avec reçu fiscal** figurant au bas de ce modèle par **les prestataires de soins reconnus par l'INAMI** (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) **qui exercent comme indépendants**, à savoir: les médecins et les pharmaciens-biologistes, les dentistes, les accoucheuses, les infirmières, hospitalières et assimilées, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les orthoptistes.

(Ne sont donc pas visés ici les praticiens avec statut de société, type SPRL → voir point 2.3. – modèle 3.)

Remarques importantes:

- a) Pour les médecins, etc., il y a **interdiction de détacher le reçu fiscal** de l'attestation de soins lorsque le dispensateur de soins est tenu de délivrer au patient à la fois l'attestation de soins et le reçu fiscal (ce qui est le cas notamment lorsque les honoraires afférents à des prestations couvertes par l'assurance maladie-invalidité en Belgique sont **payés comptant**).
- b) Une **dispense** de délivrer le **reçu fiscal** est accordée au praticien pour les paiements effectués par **versement ou virement** à un compte courant postal ou à un compte bancaire.
- c) Pour les prestataires de soins reconnus par l'INAMI (médecins, etc.) qui exercent leur activité en association et dont l'attestation de soins donnés ne contient pas la souche du reçu, il y aura lieu de faire mentionner le prix payé sur le document.

2.2. Le reçu officiel – voir modèle 2

(Ce modèle diffère selon que le prestataire de soins est assujéti ou non à la TVA.)

→ à délivrer par **les autres prestataires de soins non reconnus par l'INAMI**, comme par exemple:

les ostéopathes, les psychologues, les podologues, les chiropracteurs, les diététiciens ou toutes les autres professions libérales qui ne sont pas en mesure de délivrer une attestation de soins donnés.

2.3. Attestation globale de soins donnés – voir modèle 3

→ à délivrer par les établissements de soins de santé

Sous la dénomination "établissements de soins de santé", il y a lieu d'entendre: les cliniques, hôpitaux, maisons de repos, maisons de repos et de soins, établissements analogues gérés par des personnes morales, les laboratoires, de même que les praticiens qui exercent leur activité en association.

L'attestation de ce modèle permet de grouper sur un même formulaire les prestations effectuées par différents praticiens au profit d'un même malade. Elle est utilisée principalement par les cliniques et hôpitaux, mais également, entre autres, par les praticiens exerçant dans le cadre d'une association de fait (conseil médical ou autre).

Remarques importantes:

- a) Les établissements précités sont tenus de délivrer une attestation de soins donnés ou une attestation globale de soins donnés qui **ne contiennent pas de reçu fiscal**.
- b) L'établissement d'une attestation de soins n'est pas obligatoire lorsque les prestations figurent sur une facture conforme sur laquelle est apposée une **vignette de concordance en cas d'hospitalisation (voir point 2.4 ci-après)**.

2.4. La vignette de concordance – voir modèle 4

→ à apposer par **les établissements de soins de santé** sur la facture récapitulative de prestations de santé, uniquement **en cas d'hospitalisation**

Remarques importantes:

- a) "L'extrait de la note d'hospitalisation" (qui concerne la facturation de la part patient) n'est pas une facture; le cas échéant, il faudra demander à l'hôpital la facture individuelle qui reprend les différents codes de la nomenclature de l'INAMI avec les prix détaillés.

- b) En cas de **perception centralisée** des honoraires **en milieu hospitalier** par un conseil médical, une **attestation (globale) de soins donnés** doit être établie; dans ce cas il n'y aura pas de facturation avec vignette de concordance.
- c) Si les mentions portées sur la facture quant au détail des prestations sont insuffisantes, les établissements de soins de santé ont l'obligation d'établir une attestation (globale) de soins donnés.
- d) Tous les montants, y compris les suppléments d'honoraires à payer, doivent figurer sur une facture de l'hôpital ou sur une note d'honoraires séparée à percevoir par le conseil médical de l'établissement. Toutefois, un petit nombre de médecins hospitaliers (ceux qui, au 31 décembre 1983, avaient au moins 20 ans de pratique hospitalière et qui ont obtenu l'autorisation du conseil médical de l'établissement de continuer à percevoir individuellement leurs honoraires), peuvent encore envoyer un état d'honoraires personnalisé en dehors de toute facturation.

Par conséquent, en ce qui concerne les honoraires médicaux en Belgique, le Bureau central insiste auprès des affiliés de ne plus payer des honoraires qui seraient réclamés en dehors de la facture de l'hôpital ou de la perception centrale de l'établissement.

3. PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LUXEMBOURG

3.1. Facturation informatisée

Depuis la signature d'une convention avec l'Entente des Hôpitaux, la présentation des factures relatives aux prestations hospitalières ne pose plus de problèmes. Il en est de même pour celle des médecins rattachés au Centre hospitalier (CHL) avec lesquels une convention a été signée également. Cette facturation est toujours informatisée.

3.2. Informations à comporter dans les documents

Les factures des médecins, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues et sages-femmes exerçant leur activité en tant que profession libérale que ce soit dans le cadre de leur cabinet ou en milieu hospitalier (à l'exception du CHL) doivent impérativement comporter le code praticien (attribué par l'Union des Caisses de Maladie), le code de la nomenclature nationale et/ou le libellé exact de l'acte réalisé et, bien entendu, le montant. Ces factures peuvent être informatisées ou manuelles.

4. PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR L'ITALIE

La présentation des pièces justificatives relatives aux prestations de santé doivent au moins:

- indiquer les coordonnées de celui qui a émis la facture: adresse fiscale ou résidence, numéro d'inscription à la TVA et/ou le code fiscal
- indiquer la numérotation d'émission (numérotation progressive)
- préciser le cas échéant le titre d'exonération à la TVA (art. 72 du DPR 633/72).

5. PIÈCES JUSTIFICATIVES DANS LES AUTRES PAYS

En ce qui concerne les pièces justificatives dans les autres pays, il appartient aux affiliés de s'assurer toujours auprès des prestataires et des établissements de soins de santé qu'ils obtiennent les pièces justificatives qui sont conformes à la législation du pays dans lequel les prestations ont eu lieu.

Les Bureaux liquidateurs insisteront auprès de leurs affiliés de leur présenter en vue du remboursement par le RCAM toujours des factures et/ou des formulaires nationaux qui contiennent tous les renseignements pour le remboursement des frais.

6. APPLICATION

Les dispositions citées ci-dessus sont d'**application immédiate**, c.-à-d. pour les prestations qui n'ont pas encore été facturées à la date de la publication de cette information administrative. Le Bureau central évaluera la situation après une période de transition de six mois pendant laquelle une certaine souplesse sera tolérée par les Bureaux liquidateurs.

D'éventuels problèmes du côté des prestataires ou des affiliés quant à la délivrance des documents officiels doivent être signalés par écrit au Bureau central de l'Assurance Maladie (B-28 03-124) ou par e-mail à l'adresse ADMIN-RCAMINFO@cec.eu.int.

Modèle 2: Le reçu officiel

Modèle du reçu (original et duplicata)

N°	Nom, prénom, profession et adresse du titulaire
Reçu de	
.....	
.....	
N° TVA :	
la somme de :	
à titre de :	(1)
Sceau de l'Administration des contributions directes	
, le
	(signature)
(1) Préciser la nature de la recette (honoraires, commission, rémunération, provision, acompte, etc.).	

Modèle 3: Attestation globale de soins donnés

Attestation globale de soins donnés

Original

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		N° du document: Réf. Etablissement: Envoi n° (B.M.): N° Compte financier: N° Téléphone:	
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. Nom et prénom du titulaire/patient: Organisme assureur: N° d'inscription: Adresse du titulaire:		Nom et prénom du bénéficiaire: Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1): Le patient est hospitalisé/ambulant (1): N° d'identification du patient: N° de l'établissement hospitalier:	
ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES			
Service:		Honoraires	
Date prestation	Numéro nominal. prestation	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur
C D	N (2)	Date (4) (réception prescription)	Date (4) (réception prescription)
L/A/S (3)	L/A/S (3)	A charge O.A.	A charge patient
		Total	Total
		Réservé O.A.	Réservé O.A.
Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute.		(1) Imprimer la qualité qui convient. (2) Code norme: N = Multi; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %. (3) CD = Code de la dent traitée. L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé. (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.	
Codification L/A/S en (3) Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n°		Total en BEF Total en EUR	
L/A/S = 1 : L/A/S = 2 : L/A/S = 3 :		Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacun d'eux. Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.	

(1) Partie revêtue, au verso, d'un enduit copiant.

D

Modèle 4 : Vignette de concordance

ORIGINAL

MINISTERE DES FINANCES

Administration des contributions directes

VIGNETTE DE CONCORDANCE

pour établissements de soins de santé

N° de l'établissement :

N° de vignette :