Annexe au règlement du 22 juin 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

# Annexe 49

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

N OTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° .................... p. ........................

Identification de l'établissement:

Nom: Adresse:

Tél.:

Numéro d'agrément: Numéro BCE

Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

N°:

Nom: Adresse:

Note récapitulative n° .................... du ............................ au............................. établie le .............................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de la note individuelle | Nom et prénom du patient | NISS | A porter en compte à l'O.A. | | A charge du patient | TOTAL |
| Intervention A.M.I. | Intervention de l'Etat |
| A. P atients psychiatriques |  |  |  |  |  |  |
| .............................................. | ........................... | ........................... |
| .............................................. | ........................... | ........................... |
| .............................................. | ........................... | ........................... |
| B. H andicapés mentaux |  |  |
| .............................................. | ........................... | ........................... |
| .............................................. | ........................... | ........................... |
| .............................................. | ........................... | ........................... |
| Total général pour l'O.A. | | |  |  |  | |
|  | |

A payer au compte:

Vignette de concordance

IBAN …………………………………………………………..

BIC …………………………………………………………….

avec la référence:

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux patient s.

Le responsable de l'institution, (Date, nom et signature).

# Annexe 49 (suite 1)

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES **NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE**

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

Note n°

## Identification de l'établissement: Identification du patient :

Nom: Nom:

Adresse: Prénom:

Numéro d'agrément: Adresse:

Numéro BCE NISS.:

## Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional:

N°:

Nom: Adresse:

- Période de séjour facturée: du .......................... au ............................

- Références

1° modèle 765 dernier modèle 765 modèle 766

Etablissement:..................................................... Etablissement: ................................................... Etablissement:...................................................

O.A.: ................................................................... O.A.:.................................................................. O.A.: .................................................................

**Annexe 49 (suite 2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre des frais** | **Code** | **Nombre de jours** | **Prix d'hébergement par**  **journée** | **Montant à porter en compte à l'O.A.** | | **A charge du patient** | **TOTAL** |
| **Interventio n**  **A.M.I.** | **Interventio n**  **de l'Etat** |
| - Prix d'hébergement  du heure au heure  ................ ................  ................ ................  ................ ................   * Quote-part personnelle dans spécialités pharmaceutiques * Frais pharmaceutiques (facture des médicaments en annexe) * Prix d'hébergement en cas de congé individuel (article 5, § 1, de la convention nationale M.S.P.)   du heure au heure  ................ ................  ................ ................  ................ ................   * Prix d'hébergement en cas de séjour de vacances collectif (article 5, § 2, de la convention nationale M.S.P.)   du heure au heure  ................ ................  ................ ................  ................ ................   * Suppléments éventuels (à détailler) * TOTAL: |  |  |  |  |  |  |  |
| EUR | EUR | EUR | EUR |