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 52

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

 NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

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

Identification de l'établissement: Nom:

Adresse: Tél.:

N° 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 .............................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro de la note individuelle | Nom et prénom du patient | NISS | A porter en compte à l'O.A. | A charge du patient | TOTAL |
| .................................. | ................................... | .................................. | ........................................ | ................................... | .................................. |
|  |  | .................................. |  |  |  |
| .................................. | ................................... | .................................. | ........................................ | ................................... | .................................. |
|  |  | .................................. |  |  |  |
| .................................. | ................................... | .................................. | ........................................ | ................................... | .................................. |
|  |  | .................................. |  |  |  |
| .................................. | ................................... | .................................. | ........................................ | ................................... | .................................. |
|  |  | .................................. |  |  |  |
| .................................. | ................................... | .................................. | ........................................ | ................................... | .................................. |
|  |  | .................................. |  |  |  |
| .................................. | ................................... | .................................. | ........................................ | ................................... | .................................. |
|  |  | .................................. |  |  |  |
| Total général pour l'O.A. | ........................................ |  |  |

A payer au compte: IBAN : ……..

Vignette de concordance

BIC : ………………………..

avec la référence:

Je certifie que les frais indiqués ci-dessus sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis au(x) patient(s). Le responsable de l'institution,

(Date, nom et signature).

 [**Annexe 52 (suite 1)**

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE **NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE**

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

Note n°

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

Nom: Nom:

Adresse: Prénom:

N° d'agrément: Adresse:

Numéro BCE

**Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional:** NISS.: N°:

Nom: Adresse:

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

- Date d'hébergement: .............................................................................

- Date fin d'hébergement: ........................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature des frais | Code | Nombre de jours | Prix d'hébergement par journée/mois | Montant à porter en compte à l'O.A. | A charge du patient | TOTAL |
| - Prix d'hébergementdu au. . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . .* Frais de séjour tels que mentionnés dans la convention de séjour
* Eventuels coûts mentionnés dans la convention de séjour en surplus des frais de séjour

-‘Autres’ frais supplémentaires non mentionnés dans la convention de séjourTOTAL | .................................................................................................................................... | .................................................................. | ..................................................................................................................................... | .............................................................................. | ............................................................................ | ............................................................................................................................................................ |
|  |  |  | .................. EUR | ..................EUR | .................. EUR **]** |