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: |  | Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional: |
| Nom: |
| Adresse: |  |  |
| Tél.: |  | N°: |
| N° d'agrément: |  | Nom: |
| Numéro BCE |  | 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 : ……..  BIC : ……………………….. | Vignette de concordance |
| 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'hébergement |  |  |  |  |  |  |  |
| du 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 séjour |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  | EUR | EUR | EUR | **]** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |