

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'établissement :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 N° d'agrément :

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 bénéficiaire	N° d'inscription	A porter en compte à l'O.A.	A charge du patient	TOTAL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A. :				

A payer au compte :
 avec la référence :

Vignette de concordance

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

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

INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE
Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°

Identification de l'établissement :

Nom :
Adresse :
Numéro d'agrément :

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :

N° :
Nom :
Adresse :

Identification du bénéficiaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :

Identification du titulaire :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'inscription O.A. :
Code titulaire :

- 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	Montant à porter en compte à l'O.A.	A charge du patient	TOTAL
- Prix d'hébergement						
du au						
..
..
..
- Prix tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour						
- Suppléments éventuels tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour (indiquer de façon détaillée)						
- TOTAL :			 BEF EURO BEF EURO BEF EURO

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER

