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.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Identification de l'établissement: |  | Identification de la mutualité ou Office régional ou Centre médical régional |
|  |  |  |
| Nom: |  | N°: |
|  |  |  |
| Adresse: |  | Nom: |
|  |  |  |
| Tél.: |  | Adresse: |
|  |  |  |
| Numéro d'agrément: |  |  |
| Numéro BCE |  |  |

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. Patients psychiatriques |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| B. Handicapés mentaux |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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-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** |
|  |  |
|  |  |
| **Intervention**  **A.M.I.** | **Intervention**  **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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |