# note de frais recapitulative

Note n°. .p.

## Identification de l'institution :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Numéro INAMI :

Numéro BCE :

**Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel :**

Nom et prénom de l'exploitant : :

Résidence principale :

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

N° :

Nom :

Adresse :

(uniquement pour les MRPA et les MRS)

Date à laquelle le quota de journées a été atteint :

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro de la note individuelle | Nom et prénom du patient | NISS | Nombre de jours | A charge O.A. | A charge 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-avant sont exacts et qu'un double de la note de frais individuelle a été remis au patient.

Le Responsable de l'institution,

Date :

Nom et signature :

# NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE POUR LA PERIODE DU au

Note n° .

## Identification de l'institution :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Numéro INAMI :

Numéro BCE :

## Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :

N° :

Nom :

Adresse :

## Identification du patient :

Nom :

Prénom :

Adresse :

NISS :

CT 1 / CT 2

* Période(s) d'absence au cours de cette période de facturation qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention :

du au

du au

du au

* Référence

**1er mod.. 760**

Institution

O.A.

**Dernier mod. 760**

Institution

O.A.

**Mod. 761**

Institution

O.A.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| frais fixes: | **Pseudo-code** | **Prix par jour** | **Nombre de jours** | **A charge O.A.** | **A charge patient** |
| * Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une MRPA ou une MRS (y compris pour les courts séjours)
 |  |  |  |  |  |
| Du | Au |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
| * Ristourne sur le coût solidarisé du matériel d’incontinence
 | 763593 |   |   |   | -  |
| * Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans un centre de soins de jour (CSJ) pour personnes âgées dépendantes ou pour personnes souffrant d’une maladie grave
 |  |  |  |  |  |
| Du | Au |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
| * Frais d'hébergement :
 |  |  |  |  |  |
| chambre d'une personne | 960551 |   |   |  |   |
| chambre de deux personnes | 960573 |   |   |  |   |
| chambre commune | 960595 |   |   |  |   |
| frais de séjour en CSJ | 960610 |   |   |  |   |
| abonnement télévision | 960632 |   |   |  |   |
| abonnement internet | 960654 |   |   |  |   |
| Dépenses téléphone | 960676 |   |   |  |   |
| **TOTAL FRAIS FIXES :** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SUPPLEMENTS LIES AUX SOINS : | **Pseudo-code** | **Prix unitaire** | **Nombre** | **A charge O.A.** | **A charge patient** |
| * Matériel de soins non compris dans le forfait :(libellé)
 | 960691 |   |   |  |   |
| * Matériel d'incontinence[[1]](#footnote-1) :(libellé)
 | 960713 |   |   |  |   |
| * Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques[[2]](#footnote-2) :
 | 960735 |  |  |  |  |
| * Compléments nutritionnels2 :
 | 960750 |  |  |  |  |
| * Ristournes[[3]](#footnote-3) :
 | 960772 |  |  |  |  |
| autres supplements (a la demande du patient) : |  |  |  |  |  |
| * Buanderie
 | 960794 |   |   |  |   |
| * Pédicure
 | 960816 |   |   |  |   |
| * Manucure
 | 960831 |   |   |  |   |
| * Boissons
 | 960853 |   |   |  |   |
| * Coût total d’autres suppléments n’appartenant pas aux catégories précédentes
 | 960875 |  |  |  |   |
| Transport lié aux soins : |  |  |  |  |  |
| * Taxi
 | 960890 |   |   |  |   |
| * Ambulance
 | 960912 |   |   |  |   |
| * Transport domicile / CSJ
 | 960934 |   |   |  |   |
| TOTAL SUPPLEMENTS ET TRANSPORT : |  |  |  |  |   |

1. Uniquement pour les centres de soins de jour où le coût du matériel d’incontinence n’est pas compris dans les frais de séjour. [↑](#footnote-ref-1)
2. Coût total. [↑](#footnote-ref-2)
3. Indiquer en négatif le montant des ristournes en faveur du patient. [↑](#footnote-ref-3)