



**Aperçu détaillé des prestations facturées:**

	Date prestation	Pseudocode prestation	Nombre	Total (EUR, arrondi à 2 chiffres derrière la virgule)
1	.../.../....	.....	.....	.....
2	.../.../....	.....	.....	.....
3	.../.../....	.....	.....	.....
4	.../.../....	.....	.....	.....
5	.../.../....	.....	.....	.....
6	.../.../....	.....	.....	.....
7	.../.../....	.....	.....	.....
8	.../.../....	.....	.....	.....
9	.../.../....	.....	.....	.....
10	.../.../....	.....	.....	.....
11	.../.../....	.....	.....	.....
12	.../.../....	.....	.....	.....
13	.../.../....	.....	.....	.....
14	.../.../....	.....	.....	.....
15	.../.../....	.....	.....	.....
16	.../.../....	.....	.....	.....
17	.../.../....	.....	.....	.....
			<b>TOTAL :</b>	<b>.....,.. euros</b>

**NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE**

Note n° ..... p. ....

Identification du projet “soins alternatifs aux personnes âgées –  
protocoll3”:

Nom:  
Adresse:  
Tél. ou mail:  
Numéro INAMI:  
  
Numéro BCE de l’institution perceptrice:

Identification de l’organisme assureur :

Nom:  
Adresse:

Note de frais récapitulative n° ..... du ..... au ..... ..

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du patient	NISS		Total à charge O.A.
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour l’O.A. :				.....

A payer au compte:

IBAN

.....

au nom de

.....

avec la référence:

.....

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts.

Le Responsable de l’institution,

(Date, nom et signature).