RESO
ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

ADM-FAC-FT-01

Préparation facturation

N° chambre	Nom Résident	APA	APL	TM 5,39/Jrs	Ress.	Mutuelle	Tutelle	A dispo Conjoint	Entrée	Sortie	Téléphone	Hospitalisations	Convenances personnel	Régul GIR	Régul APA	Régul APL	Rendu de caution	Autres / Obs
Payants mois m+1																		
1																		
4																		
6																		
11																		
12																		
14																		
15																		
16																		
17																		
19																		
24																		
25																		
28																		
30																		
31																		
33																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
41																		
42																		