

## [Annexe 43

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

### NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° ..... p. ....

Identification de l'institution:
Nom:
Adresse:
Tél.:
Numéro INAMI :

Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional:
N°:
Nom:
Adresse:

Forme juridique de l'institution:
Adresse du siège:
Numéro du registre de commerce:

Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel:
Nom et prénom de l'exploitant:
Résidence principale:
Numéro du registre de commerce:

(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 bénéficiaire	N° d'inscription	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient	Total
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour 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 bénéficiaire.

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

## Annexe 43 (suite)

Institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

### NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE POUR LA PERIODE DU

AU

Note n°
---------

Identification de l'institution:

Nom:  
Adresse:  
Numéro INAMI:

Identification du bénéficiaire:

Nom:  
Prénom:  
Adresse:  
Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS):  
CT 1/CT 2

Identification Mutualité ou Office régional ou

Centre Médical régional:

N°:  
Nom:  
Adresse:

- 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	Dernier mod. 760	Mod. 761
Institution.....	Institution.....	Institution.....
O.A. ....	O.A. ....	O.A. ....

FRAIS FIXES:	Pseudocode	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				
- Intervention 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 .. ..                .. .. .. ..                .. .. .. ..                .. ..					

### Annexe 43 (fin)

- 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				.....
<b>TOTAL FRAIS FIXES:</b>				.....	.....

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) (libellé)	960713	.....	.....		.....
- Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques (2)	960735				.....
Compléments nutritionnels (2)	960750				.....
Ristournes (3)	960772				.....
<b>AUTRES SUPPLEMENTS (à la demande du patient) :</b>					
- Buanderie	960794	.....	.....		.....
- Pédicure	960816	.....	.....		.....
- Manucure	960831	.....	.....		.....
- Boissons	960853	.....	.....		.....
- Coût total d'autres suppléments (n'appartenant pas aux catégories précédentes)	960875				.....
<b>TRANSPORT LIE AUX SOINS</b>					
- Taxi	960890	.....	.....		.....
- Ambulance	960912	.....	.....		.....
- Transport domicile/CSJ	960934	.....	.....		.....
<b>TOTAL SUPPLEMENTS ET TRANSPORT:</b>					.....

(1) Uniquement pour les institutions où le coût du matériel d'incontinence n'est pas compris dans les frais d'hébergement.

(2) Coût total.

(3) Indiquer en négatif le montant des ristournes en faveur du patient. ]