

[Annexe 43bis

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:

(uniquement pour les MRPA et les MRS)

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:

Date à laquelle le quota de journées a été atteint:

Note de frais rectificative n° du au établie le

Numéro de la note récapitulative originale	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Pseudocode	Nombre de jours	Montant de la rectification	A charge O.A.
.....
.....
.....
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 bénéficiaire.

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