

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 d'agrément :  
 Numéro d'enregistrement :

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 :

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 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 individuelle a été remis au bénéficiaire.

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

NOTE DE FRAIS INDIVIDUELLE

Note n°
---------

Identification de l'institution :  
 Nom :  
 Adresse :  
 Numéro d'agrément :  
 Numéro d'enregistrement :

Identification du bénéficiaire :  
 Nom :  
 Prénom :  
 Adresse :  
 Numéro d'inscription O.A. :  
 Qualité :

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :  
 N° :  
 Nom :  
 Adresse :

Identification du titulaire :  
 Nom :  
 Prénom :  
 Adresse :  
 Numéro d'inscription O.A. :

- Date de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :  
 .....

- Période(s) d'absence qui ne donne(nt) pas droit au paiement de l'intervention :  
 du .. .. au .. ..  
 du .. .. au .. ..  
 du .. .. au .. ..  
 du .. .. au .. ..

- Référence  
 1<sup>er</sup> mod. 760    Dernier mod. 760    Mod. 761  
 Institution ..... Institution ..... Institution .....  
 O.A. ..... O.A. ..... O.A. ....

Nature des frais :	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient
- Interventions pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière			
Catégorie                          Du                          Au			
..                          .. ..                          .. ..	.....	.....	.....
..                          .. ..                          .. ..	.....	.....	.....
..                          .. ..                          .. ..	.....	.....	.....
- Frais d'hébergement	.....		.....
- Suppléments éventuels (à détailler)			.....
TOTAUX :		..... BEF	..... BEF
		..... EURO	..... EURO

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
 F. PRAET

Le Président,  
 D. SAUER

