

CENTRES DE SOINS DE JOUR
institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1954.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification de l'institution:
Nom:
Adresse:
Té.:
Numéro d'agrément

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 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 de frais individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription O.A.	Nombre de jours	Total
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A. :			

Vignette de concordance

A payer au compte:
avec la référence:

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

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 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,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.

CENTRES DE SOINS DE JOUR

Institutions visées à l'article 34, 11° 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 d'agrément :

Identification du bénéficiaire:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Numéro d'inscription O.A.:

Identification Mutualité ou Office régional ou Centre Médical régional :

N°:

Nom:

Adresse:

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

- Date et période de l'accord du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseil :		
.....		
Nature des frais:	A charge O.A.	A charge patient
- Intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière : FORFAIT F		
TOTAL JOURS :	
- Frais d'hébergement		
..... jours x EUR	
- Suppléments éventuels (à détailler)	
.....	
TOTAUX :, .. EURO, .. EURO