# NOTE DE FRAIS RECTIFICATIVE

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

Note n° .p

## Identification de l'institution :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Numéro INAMI :

Numéro BCE :

**Si le gérant de l'institution l'exploite en son nom personnel :**

Nom et prénom de l'exploitant :

Résidence principale :

**Identification de la mutualité ou office régional ou Centre médical régional :**

N° :

Nom :

Adresse :

(uniquement pour les MRPA et les MRS)

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 patient | NISS | Pseudocode | Nombre de jours | Montant de la rectification |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 patient.

Le Responsable de l'institution,

Date, nom et signature