

Annexe 13

(Institutions visées à l'article 43/7, 4° du Code wallon de l'action sociale et de la santé)

NOTE DE FRAIS RECTIFICATIVE

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 d'Unité d'établissement :

(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 BCE :

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)