

ANNEXE 3

Facture pour les prestations de participation à une concertation autour du patient psychiatrique, personne de référence et coordinateur

Données SISD / hôpital / IHP

N° INAMI:

.....

.....

.....

Coordonnées de l'organisme assureur

.....

.....

.....

.....

Numéro de facture : date de facture : Notre référence :

Aperçu de paiement à payer par l'organisme assureur

N° de référence	Dispensateur de soins	N° INAMI	domicile 777350 777361	ailleurs 777372 777383	référence 777394 777405	organisateur lière concertation 777453/64	organisateur concertation de suivi 777475/86	enregistrement 777431 777442	N° Compte	Montant en €
									Total	

Compte individuelle par bénéficiaire

Numéro de référence	Identification du patient nom + NISS	Date concertation	Dispensateur de soins	N° INAMI	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	lière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
	Nom	xx-xx-xxxx									
	NISS										

Numéro de référence	Identification du patient nom + NISS	Date concertation	Dispensateur de soins	N° INAMI	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	lière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
	Nom	xx-xx-xxxx				1					
	NISS					1	1	1		1	

