

ANNEXE 71

Services intégrés de soins à domicile

Facture pour les prestations dans le cadre des projets thérapeutiques

(Données SISD / établissement de facturation)

N° INAMI :

.....

.....

.....

(Coordonnées de l'organisme assureur)

.....

.....

.....

.....

Numéro de facture: Date de facture: Notre référence:

Identification du patient	Identification du projet thérapeutique (numéro)	Date de la concertation	Partenaires qui ont effectivement participé	Nom du représentant présent du partenaire	Concertation multidisciplinaire (code 427350 of 427361))	L'enregistrement (code : 427372 of 427383)	Montant en € par patient
Nom : Numéro NISS
Nom : Numéro NISS
Nom : Numéro NISS
						Total :

Les montants dus doivent être versés avec la mention:

Numéro de compte du SISD / établissement de facturation :

Date, nom et qualité du signataire:

Signature: