

### ANNEXE 3

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

Données SISD / hôpital / IHP

Coordonnées de l'organisme assureur

N° INAMI: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 1ière concertation 777453/64	organisateur concertation de suivi 777475/86	enregistrement 777431 777442	N° Compte	Montant en €
<b>Total</b>										

**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	1ière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
	Nom	xx-xx-xxxx									
	NISS										

Numéro de référence	Identificatie van de patient naam + NISS	Date concertation	Dispensateur de soins	N° INAMI	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	1ière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
	Nom	xx-xx-xxxx				1					
	NISS					1	1	1		1	

Numéro de référence	Identificatie van de patient naam + NISS	Date concertation	Dispensateur de soins	N° INAMI	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	1ière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
	Nom	xx-xx-xxxx									
	NISS										

ANNEXE POUR facture numéro : ..... - date de facture: xx/xx/xxxx - Notre référence: .....

**Aperçu de paiement pour le  
SISD**

Référence	Dispensateur d'aide	Organisation	domicile 777350 777361	ailleurs 777372 777383	référence 777394 777405	organisateur 1ière concertation 777453/64	organisateur concertation de suivi 777475/86	enregistrement 777431 777442	N° Compte	Montant en €
									Total	

**Compte individuelle par bénéficiaire**

Identification du patient nom + NISS	Date concertation	Dispensateur d'aide	Organisation	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	1ière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
Nom	xx-xx-xxxx									
NISS										

Identification du patient nom + NISS	Date concertation	Dispensateur d'aide	Organisation	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	1ière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
Nom	xx-xx-xxxx									
NISS										

Identification du patient nom + NISS	Date concertation	Dispensateur d'aide	Organisation	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	1ière concertation xxxxxx	concertation de suivi xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
Nom	xx-xx-xxxx									
NISS										