Annexe 65

Services intégrés de soins à domicile : facture

(Données établissement de facturation)

N° INAMI .....

.....

.....

.....

(Données d'adresse de l'organisme assureur)

.....

.....

.....

.....

Numéro de facture: ..... Date de facture: ..... Notre référence: .....

Identification du patient (Nom)	N° de registre national du patient	Date de concertation	Concertation à domicile = 1 ailleurs = 2	Dispensateurs de soins participants (numéros INAMI)				Montant en € par patient (intervention pour enregistrement comprise)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Total : .....

Identification du dispensateur de soins (N° INAMI)	Nombre de pseudo-codes 773172 et 776532	Nombre de pseudo-codes 773216 et 776554	Nombre de pseudo-codes 773290 et 776576	N° de compte IBAN : ␣␣␣␣ ␣␣␣␣ ␣␣␣␣ ␣␣␣␣ ␣␣␣␣ ␣␣ BIC : ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣	Montant en € par dispensateur
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Les montants dus doivent être versés avec la mention: .....

Je certifie disposer de documents démontrants que les prestations ont été effectuées par le prestataire dont le n° d'INAMI figure en regard de chacune d'elles.

Date, nom et qualité du signataire: .....

Signature: