

BIJLAGE 3

Factuur voor de verstrekkingen deelname aan overleg rond de psychiatrische patiënt,
referentiepersoon en coördinator

Gegevens GDT / ziekenhuis / IBW

RIZIV-nr.:

.....

.....

.....

Factuurnummer: Factuur datum: Ons kenmerk:

Adresgegevens Verzekeringsinstelling

.....

.....

.....

.....

betaaloverzicht uit te betalen door de verzekeringsinstelling

referentienummer	zorgverlener	RIZIVnr	thuis 777350 777361	elders 777372 777383	referentie 777394 777405	organisator 777416 777420	registratie 777431 777442	Rekeningnummer	Bedrag in €
Totaal									

individuele rekening per verzekerde

Referentie nummer	Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	zorgverlener	RIZIV nr	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	organisator xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
	Naam	xx-xx-xxxx								
	INSZ									

Referentie nummer	Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	zorgverlener	RIZIV nr	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	organisator xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
	Naam	xx-xx-xxxx				1				
	INSZ					1	1	1	1	

Referentie nummer	Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	zorgverlener	RIZIV nr	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	organisator xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
	Naam	xx-xx-xxxx								
	INSZ									

betaaloverzicht voor GDT

Referentie	hulpverlener	organisatie	thuis 777350 777361	elders 777372 777383	referentie 777394 777405	organisator 777416 777420	registratie 777431 777442	Rekeningnummer	Bedrag in €
								Totaal	

individuele rekening per verzekerde

maandelijkse rekening per verzekerde									
Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	hulpverlener	organisatie	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	organisator xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
Naam	xx-xx-xxxx								
INSZ									

Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	hulpverlener	organisatie	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	organisator xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
Naam	xx-xx-xxxx								
INSZ									

Identificatie van de patiënt naam + INSZ	Datum overleg	hulpverlener	organisatie	thuis xxxxxx	elders xxxxxx	referentie xxxxxx	organisator xxxxxx	registratie xxxxxx	Bedrag in €
Naam	xx-xx-xxxx								
INSZ									