

### 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 777416 777420	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	organisateur 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	organisateur 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	organisateur 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 777416 777420	enregistrement 777431 777442	N° Compte	Montant en €
Total									

**Compte individuelle par bénéficiaire**

Compte Individuelle par Bénéficiaire									
Identification du patient nom + NISS	Date concertation	Dispensateur d'aide	Organisation	domicile xxxxxx	ailleurs xxxxxx	référence xxxxxx	organisateur 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	organisateur 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	organisateur xxxxxx	enregistrement xxxxxx	Montant en €
Nom	xx-xx-xxxx								
NISS									

