ANNEXE 99

Service intégrés de soins à domicile: Facture

(Données établissement de facturation)

.....

.....

.....

.....

(Données d'adresse de l'organisme assureur)

.....

.....

.....

.....

Numéro de facture: .....

Date de facture: .....

Notre référence: .....

Identification du patient	Date de la concertation	Dispensateurs de soins participants (Numéros INAMI)			
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Identification du dispensateur de soins (N° INAMI)	Nombre de pseudo-codes 773172	Nombre de pseudo-codes 773216	Nombre de pseudo-codes 773290	N° de compte
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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 signature: .....

.....

Signature:

Vu pour être annexé au règlement du 28 avril 2003 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER