

A renvoyer à l'INAMI, à l'attention de la Direction Etablissements et service de soins - Avenue de Tervueren, 211 – 1150 Bruxelles.

Dans le mois suivant le trimestre concerné par la facture

## Facturation trimestrielle des concertations organisées dans le cadre d'un projet thérapeutique

Données d'identification du projet thérapeutique :

Dénomination du projet :

Numéro du projet :

Dénomination du coordinateur administratif :

Numéro de compte :

Période (3 mois calendrier) concernée par la présente facture :

.....

Nombre total de concertations faisant l'objet de la présente facture : .....

Détail des concertations facturées :

	Identification du bénéficiaire(*)	Date de la concertation	Partenaires présents à la concertation	Nom du représentant du partenaire présent à la concertation
1	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....
2	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....
3	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....
4	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....
5	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....
6	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....
7	Nom, prénom ..... Adresse ..... NISS .....	.../.../.....	..... ..... .....	..... ..... .....

8	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
9	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
10	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
11	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
12	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
13	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
14	Nom, prénom Adresse NISS	..... ..... ..... .....	...../...../.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

(\*) Si le patient ne dispose pas d'un numéro NISS, p.e. parce qu'il réside dans le pays de manière illégale, veuillez noter 'nul' et mentionner la date de naissance.

Je certifie disposer des documents démontrant le caractère complet et exact des informations reprises ci-dessus.

Fait à .....  
Le .....

Nom, prénom.....  
Agissant en qualité de coordinateur  
administratif.  
Signature :