Factuurnr : ………………….van……………………

Verzend./feder. Nr. : ……………………………………. Kenmerk team :……………………………..

INDIVIDUELE FACTUUR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identificatie van het begeleidingsteam palliatieve verzorging die voor de rechthebbende is opgetreden**Naam: ………………………………………………………………………………Adres : …………………………………………………………………………….. ….…………………………………………………………………………Tel.: …………………………………………………………………………………RIZIV-nr.:…………………………………………………………………………. | **Identificatie van de titularis**Naam : …………………………………………………..Voornaam :…………………………………………….Adres : ………………………………………………….. ….……………………………………………….Verzekeraar : …………………………………………Nr. van de federatie :……………………………..Inschrijvingsnr. :………………………………………CT1 : ……. CT2 : ……… | **Identificatie van de begunstigde**Naam : ……………………………………………………….Voornaam :…………………………………………………Adres : ………………………………………………………. …………..……………………………………………Begunstigde-Partner-Opgaand-Afgaand.Nr. van de federatie :………………………………….Inschrijvingsnr. :………………………………………….CT1 : ……. CT2 : ……… |

Datum van de eerste van de (rechtstreekse of onrechtstreekse) bijdrage van het team voor deze begunstigde :

TERUGBETALING VAN DE (RECHTSTREEKSE OF ONRECHTSTREEKSE) BIJDRAGE VAN EEN BEGELEIDINGSTEAM PALLIATIEVE VERZORGING

De indicatie tot die bijdrage van het team in de palliatieve verzorging van de voornoemde rechthebbende werd vastgesteld door dokter[[1]](#footnote-1)………………………….. op datum van …………….. Het daartoe door deze arts opgestelde attest bevindt zich in het door het team bewaarde dossier van de rechthebbende.

Het team bevestigt dat de bijdragen van het team voor die rechthebbende aan de terugbetalingsvoorwaarden van artikel 8 van de overeenkomst voldoen. De andere factureringsvoorwaarden van de overeenkomst werden eveneens nageleefd.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Omschrijving  | Pseudocodes | Eenheidsbedrag (EUR) | Voorbehouden voor VI | Voorbehouden voor het team |
| Eenmalig forfaitair bedragOFVerminderd forfaitair bedrag |  |  |  |  |

Totaal in (euro): ……………….

SAMENVATTENDE FACTUUR VOOR DE BEGELEIDINGSTEAMS PALLIATIEVE VERZORGING

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificatie het begeleidingsteam palliatieve verzorging**Naam : ………………………………………….. ………………………………………………………Adres : …………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………Tel.: ……………………………………………………………………………………………………….RIZIV-nr.:……………………………………………………………………………………………….. | **Identificatie van de instelling die de betaling uitvoert**Naam : ………………………………………….. ………………………………………………………Adres : …………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… |

SAMENVATTENDE FACTUUR NR.………………………..VAN………/……/……………TOT……/……/…………..…OPGESTELD OP………../……../…………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. van de individuele factuur | Naam en voornaam van de rechthebbende | Nr. van de federatie | Inschrijvingsnr. | Bedrag ten laste van de VI (1) | Bedrag ten laste van de patiënt (2) | Totaal (1)+(2) |
| ………………………….. | ………………………….. | ………………………….. | …………………………. | ………………………….. | …………………………. | ………………………….. |
| **Algemeen totaal**  | ………………………….. | …………………………. | ………………………….. |

Te storten op rekeningnummer : ………………………

Referentie : …………………….. De verantwoordelijke van het begeleidingsteam palliatieve verzorging,

(Datum, naam et handtekening)

1. Vermeld de volledige identiteit en het identificatienummer van de huisarts van de rechthebbende [↑](#footnote-ref-1)