

Facture Moyens auxiliaires servant à développer l'autonomie personnelle

Date de la facture _____

Assuré

Nom, Prénom _____

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré) _____

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Facturation

Numéro de la communication / décision _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Nom, Prénom du Titulaire de Compte _____

Adresse du Titulaire de Compte _____

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte _____

Moyens auxiliaires servant à développer l'autonomie personnelle, prothèses du sein et accessoires pour faciliter la marche				
Type de remise :			<input type="checkbox"/> Première remise	<input type="checkbox"/> Remise ultérieure
		Date des prestations dispensées ou période comptable	Chiffre tarifaire	Montant en CHF
Installations de WC-douches et WC-séchoirs/compléments aux installations sanitaires			914.141	
Élévateur pour malade			914.142	
Lit électrique: Remise	Montant max. CHF 2'500.00		914.143.1	
Lit électrique: Livraison	Montant max. CHF 250.00		914.143.2	
Chien d'assistance: Remise	Forfait CHF 12'500.00		914.146.1	
Chien d'assistance: Frais de nourriture et de vétérinaire	Forfait CHF 3'000.00		914.146.2	
Prothèse du sein pour un côté	Montant max. annuel CHF 500.00		914.013.1	
Prothèse du sein pour deux côtés	Montant max. annuel CHF 900.00		914.013.2	
Cannes-béquilles			914.121	
Déambulateur			914.122	

Total en CHF

La facture originale du fournisseur de prestations doit toujours être jointe au présent formulaire.

Pour les montants en devises étrangères, veuillez désigner la devise de façon claire.

Remarques éventuelles:
