

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 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
		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 à la mobilité	Forfait CHF 20'280.00	914.146.1	
Chien d'alerte pour personnes épileptiques	Forfait CHF 14'280.00	914.146.2	
Chien d'accompagnement pour enfants autistes	Forfait CHF 20'280.00	914.146.3	
Prothèse du sein pour un côté	Montant max. annuel C HF 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: