

Décompte mensuel: coûts d'infrastructure et dédommagement du partenaire de dialyse

Mois/année de facturation

.....

Prénom, nom

.....

Date de naissance

.....

Rue, n°

.....

NPA / lieu

.....

Téléphone

E-mail

.....

Nom de l'assurance maladie

.....

Numéro d'assurance

.....

Nous vous prions de marquer d'une croix les jours auxquels le patient soussigné a effectué la dialyse à domicile:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Jours avec dialyses péritonéales (coûts d'infrastructure)

× CHF 10 =

.....

Jours avec dialyses péritonéales* (coûts d'infrastructure et partenaire de dialyse)

× CHF 30 =

.....

Jours avec hémodialyses à domicile** (coûts d'infrastructure et partenaire de dialyse)

× CHF 70 =

.....

* Seulement en cas de handicap physique empêchant le traitement indépendant de la dialyse péritonéale, ainsi que chez les enfants en bas âge.

** Pour la facturation de l'hémodialyse à domicile, nous devons transmettre le formulaire au fournisseur.

L'assurance maladie effectue le versement au patient.

Je confirme avoir lu le formulaire et l'avoir dûment et correctement complété.

Lieu et date

Signature du patient

.....



Envoyer le formulaire à:

Compact

Konradstrasse 14

Case postale

8401 Winterthour

sanitas