



CSS

Assurance

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

Mois	Année	Fournisseur de prestations
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Données personnelles

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA/Localité	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assureur-maladie	N° d'assuré	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Dialyse à domicile

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

<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															

Pour les hémodialyses à domicile, 13 jours au maximum peuvent être facturés.

3 Coûts

<input type="text"/>	Jours avec dialyses péritonéales (coûts d'infrastructure)	<input type="text"/>	× CHF 10 =	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Jours avec dialyses péritonéales (coûts d'infrastructure et partenaire de dialyse) <small>Seulement en cas de handicap physique empêchant le traitement indépendant de la dialyse péritonéale ainsi que chez les enfants en bas âge</small>	<input type="text"/>	× CHF 30 =	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Jours avec hémodialyses à domicile (coûts d'infrastructure et partenaire de dialyse) <small>Pour la facturation de l'hémodialyse à domicile, nous devons transmettre le formulaire au fournisseur.</small>	<input type="text"/>	× CHF 70 =	<input type="text"/>

L'assurance-maladie effectue le versement au patient.

Je confirme avoir lu le formulaire correctement et dans son intégralité.

Signature

Lieu	Date	La personne assurée ou son représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A envoyer à:
CSS Assurance, Services LPDB, Case postale 2550, 6002 Lucerne