

FACTURE									
Identité de l'assuré(e)					Nom et adresse de l'assureur				
Nom									
Prénom									
Adresse									
NPA/Lieu									
Téléphone									
Date de naissance									
N° de l'assuré									
Soins proposés par (à remplir par le médecin):					Infirmière/infirmier				
Nom					Nom				
Prénom					Prénom				
Adresse					Adresse				
NPA/Lieu					NPA/Lieu				
Téléphone					Téléphone				
Code créancier n°					Code créancier n°				
<input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> infirmité congénitale <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/> prévention									
Le traitement est <input type="checkbox"/> terminé <input type="checkbox"/> doit être poursuivi									
Calendrier (nombre d'heures effectuées durant les 2 derniers mois: heures)									
Prestations fournies selon ordonnance du au									
Date	Durée	Prest.	Durée en min.*	Nombre de points	Date	Durée	Prest.	Durée en min.*	Nombre de points
Matériel					Matériel				
* Tranches de 10 min. Si nécessaire, il est possible d'établir un décompte de prestations séparé.									
Total général en min.					= heures				
Total général des points: X valeur du point à fr.					= francs				
Total général du matériel					= francs				
Montant total					= francs				

Date et signature: