

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 Prénom Adresse NPA/Lieu Téléphone Code créancier n° <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> prévention					Nom Prénom Adresse NPA/Lieu Téléphone Code créancier n° <input type="checkbox"/> infirmité congénitale <input type="checkbox"/> maternité					
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: