

# 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 \_\_\_\_\_

<b>Moyens auxiliaires servant à développer l'autonomie personnelle, prothèses du sein et accessoires pour faciliter la marche</b>			
Type de remise :		<input type="checkbox"/> Première remise	<input type="checkbox"/> Remise ultérieure
		<b>Chiffre tarifaire</b>	<b>Montant en CHF</b>
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: Remise	Forfait CHF 12'500.00	914.146.1	
Chien d'assistance: Frais de nourriture et de vétérinaire	Forfait CHF 3'000.00	914.146.2	
Prothèse du sein pour un côté	Montant max. annuel CHF 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:**


---



---