

Helsana-Gruppe  
Kundenservice Bern  
z.H. Tamara Brantschen  
Worblaufenstrasse 200  
3048 Worblaufen

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

Mois	Prénom, Nom							
Année	Date de naissance (jour, mois, année)							
<b>Fournisseur de prestations Q001197 PLZ 3048 Bern</b>	Adresse							
	NPA, Lieu							
	Téléphone							
	Assureur-maladie							
	N° d'assuré/e (étiquette)							<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
Nous vous prions de marquer d'une croix <input checked="" type="checkbox"/> les jours auxquels le patient soussigné a effectué la dialyse à domicile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
	17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
	25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	
	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 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 la dialyse hématique à domicile nous devons transmettre le formulaire au fournisseur.

### La caisse-maladie effectue le versement au patient

Je confirme d'avoir lu le formulaire, ça de façon correcte et complète.

Lieu, Date

Signature patient/e

X