

Helsana Gruppe
Kundenservice Bern
z.H. Rahel Weber
Worblaufenstrasse 200
3048 Worblaufen

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

Mois	Prénom Nom
Année	Date de naissance
Fournisseur de prestations	Q001197 3048 Bern
	Adresse
	NPA Lieu
	Téléphone
	Assureur-maladie
	N° d'assuré/e (étiquette)
Nous vous prions de marquer d'une croix X les jours auxquels le patient soussigné a effectué la dialyse à domicile.	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/>
	9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/>
	17 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/>
	25 <input type="radio"/> 26 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/> 28 <input type="radio"/> 29 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 31 <input type="radio"/>
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

X