

# FACTURE

<b>Coordonnées client/e</b>	<b>Nom et adresse de l'assurance</b>
Nom	
Prénom	
Rue	
NPA/Lieu	
Téléphone	
Date de naissance	
No. assuré/e	

<b>Médecin (prescription médicale)</b>	<b>Infirmière/infirmier</b>
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Rue	Rue
NPA/Lieu	NP//Lieu
Téléphone	Téléphone
Numéro RCC	Numéro RCC

Il s'agit de :     Accident    Maladie    Invalidité    Prévention    Maternité  
 Le traitement :     est terminé     doit être poursuivi

Calendrier (nombre d'heures des deux mois précédents : ..... heures)

Prestations fournies selon OPAS 7 du ..... au .....

Date	Prestation	Durée minutes	Date	Prestation	Durée minutes

Matériel selon LiMa	Position numéro	Matériel selon LiMa	Position numéro

Total tarif a) 53201 en minutes .....	CHF
Total tarif b) 53202 en minutes .....	CHF
Total tarif c) 53203 en minutes .....	CHF
Total OPAS 7 en minutes .....	CHF
Montant matériel selon LiMa	CHF
	<b>Montant de la facture</b>
Date de la facture : .....	CHF .....