

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

Mois	Année	Fournisseur de prestations
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 1 Données personnelles

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA/Localité	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assureur-maladie	N° d'assuré	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 2 Dialyse à domicile

Nous vous prions de marquer d'une croix  les jours où le patient soussigné a effectué la dialyse à domicile.

<input type="checkbox"/> 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	

Pour les hémodialyses à domicile, 13 jours au maximum peuvent être facturés.

## 3 Coûts

<input type="text"/>	Jours avec dialyses péritonéales (coûts d'infrastructure)	<input type="text"/>	× CHF 10 =	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Jours avec dialyses péritonéales (coûts d'infrastructure et partenaire de dialyse) <small>Seulement en cas de handicap physique empêchant le traitement indépendant de la dialyse péritonéale ainsi que chez les enfants en bas âge</small>	<input type="text"/>	× CHF 30 =	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Jours avec hémodialyses à domicile (coûts d'infrastructure et partenaire de dialyse) <small>Pour la facturation de l'hémodialyse à domicile, nous devons transmettre le formulaire au fournisseur.</small>	<input type="text"/>	× CHF 70 =	<input type="text"/>

L'assurance-maladie effectue le versement au patient.

Je confirme avoir lu le formulaire correctement et dans son intégralité.

### Signature

Lieu	Date	La personne assurée ou son représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A envoyer à:  
CSS, Services LPDB, Case postale 2550, 6002 Lucerne