

PRESTATIONS

FACTURE PATIENT PSYCHOTHÉRAPIE VVG.

Date de la facture*

N° de facture*

FOURNISSEUSE/EUR DE PRESTATIONS

Nom*

N° GLN*

N° ZSR*

Rue/n°

Email

NPA/Localité*

Téléphone

PATIENT(E)

Prénom/nom*

N° d'assuré(e)

Rue/no.

Type de rémunération **TG**

NPA/Localité*

Sexe* masculin féminin

Date de naissance*

Loi **VVG**

Motif du traitement

Date de l'accident

Remarques particulières (max 350 lettres):

Date*	Tarif*	Pos. tarifaire*	Description*	Nombre*	Prix*	Montant en CHF*
-------	--------	-----------------	--------------	---------	-------	-----------------

Total en CHF

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

