

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/n°

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