**Veuillez renvoyer les formulaires remplis à:**

**WBR Feriendialyse GmbH**

**Boznerstrasse 15/4, 39011 Lana (BZ) Italien**

**Numéro d’impôt: 02370800217**

**Tel.: (0039) 0473 / 693385 Fax: (0039) 0473 / 426605**

W B R Feriendialyse GmbH in LANA / Südtirol

**Numéro d’identification: 510000420**

# Modèle de remboursement des frais

(Veuillez faire signer par votre caisse de maladie) Monsieur/Madame



|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom  |    |
| Date de naissance  |    |
| Rue   |   |
| Code postal / Ville  |   |
| Casse de maladie Nom et numéro |   |
| Assurance- Numéro  |    |

**A l'intention d'effectuer des dialyses de vacances au siège de la WBR Feriendialyse à Lana / Südtirol/ Italie, Bozner Str. 15/4 aux dates suivantes:**

Les coûts par traitement de dialyse sont les suivants

• En cas d'hémodialyse à l'acétate ou au bicarbonate avec des membranes hautement biocompatibles **€340,00**

• Hémodiafiltration (HDF) avec membranes à haute perméabilité et biocompatibilité **€ 360,00**

• y compris les soins médicaux pendant toute la durée de la dialyse.

**Caisse de maladie:**

**Adresse:**

Sont pris en charge par traitement de dialyse:

Hémodialyse

EURO

……………

…

Hémodiafiltration (HDF Dialyse)

EURO

………………

Cachet

Date

Signature