

## ALLEGATO II

# FATTURA

<b>Coordinate cliente</b>					<b>Nome e indirizzo dell'assicuratore</b>				
Cognome									
Nome									
Indirizzo									
CAP/Luogo									
Telefono									
Data di nascita									
No. assicurato/a									
<b>Medico</b> (prescrizione medica)					<b>Infermiera/e</b>				
Cognome					Cognome				
Nome					Nome				
Indirizzo					Indirizzo				
CAP/Luogo					CAP/Luogo				
Telefono					Telefono				
Numero codice di credito					Numero codice di credito				
<input type="checkbox"/> incidente		<input type="checkbox"/> malattia		<input type="checkbox"/> invalidità		<input type="checkbox"/> malattia congenita		<input type="checkbox"/> gravidanza	
Il trattamento è <input type="checkbox"/> terminato <input type="checkbox"/> deve continuare									
Calendario (totale delle ore effettuate durante gli ultimi 2 mesi:.....ore)) Prestazioni effettuate secondo ordine dal..... al.....									
Data	Durata	Prestazione	Durata in min. *	Numero punti	Data	Durata	Prestazione	Durata in min. *	Numero punti
Materiale					Materiale				
<b>* per segmenti di 10 minuti                      Se necessario è possibile stabilire un conto prestazioni separato</b>									
Totale in minuti .....					= ..... ore				
Totale in punti da tassare: .....X valore punto a Fr. 1.--					= ..... Fr.				
Totale materiale					= ..... Fr.				
<b>Importo totale</b>					<b>= ..... Fr.</b>				

**Data e firma**