*Ce document peut être téléchargé* [*en cliquant ici*](https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/documents-formulaires)

 Unisanté/PMU

Timbre du médecin (nom, prénom, adresse exacte)

 DSTE-Secteur Santé en entreprise

 Route de la Corniche 2

 1066 Epalinges

**FOR1628 Facture pour rapport médical**

**Données du médecin :** 

**Nom :**  **Prénom :** 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver en annexe le rapport médical concernant :

**Nom :**  **Prénom:** 

Facturation selon TARMED:

*00.2285 ; Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes, 11min, (CHF 38.50)*

*00.2295 ; Rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes supplémentaires, 9 min, (CHF 31.45)*

(merci de bien vouloir cocher la bonne case)

 [ ]  00.2285  (CHF 38.50)

 [ ]  00.2285 + 00.2295  (CHF 69.95)

[ ]  00.2285 + 2 x 00.2295 (CHF 101.45)

***Les rapports de plus de CHF 98.90*** ***ne seront remboursés que suite à notre accord préalable.***

Merci de bien vouloir me verser ce montant sur le compte :

**Nom de la Banque :**

**Numéro IBAN :**

Avec mes meilleures salutations.

**Date : ** **Signature :**