

Formulaire de facturation pour prestations HOSPITAL :
Garde d'enfants (une seule facture pour tous les enfants)

Important : veuillez remplir un seul formulaire pour tous les enfants ainsi que pour la garde d'enfants qui n'a pas pu être organisée via Medicaall.

Coordonnées de la personne assurée	Coordonnées de la personne/de l'organisation qui garde les enfants	
Prénom, nom	Prénom, nom	
N° d'assurance	Rue, n°	
Date de naissance	NPA, localité	
Rue, n°	Pays	
NPA, localité	Numéro RCC	Organisation suisse de soins et d'aide à domicile
Pays		

Nom des enfants :
(Qui a été gardé. Le forfait vaut pour tous les enfants.)

Âge des enfants :
(Âge de tous les enfants)

Lien de la personne qui garde les enfants avec la famille :

Date	Heure, de	à	Nombre d'heures	Taux horaire	Prix en CHF
				Total	

Position tarifaire : K303 (KidsCare) / K307 (Nanny Service)

Informations sur l'hospitalisation (Nanny Service)

Date de l'hospitalisation :

Nom de la clinique ou de l'hôpital :

Motif du traitement/diagnostic :
(Champ facultatif)

Les données que vous avez transmises sont traitées sous la responsabilité d'Helsana Assurances complémentaires SA (case postale, 8081 Zurich) aux fins de contrôle des factures.

Elles ne seront pas transmises à des tiers. Vous trouverez des informations complémentaires sur la protection des données dans notre déclaration sur la protection des données sur helsana.ch/protection-des-donnees.

Le paiement sera versé au patient/à la patiente par l'assurance-maladie.

Je confirme avoir lu le formulaire et l'avoir complété de façon correcte/exhaustive.

Lieu et date

Signature de la personne assurée