

Groupe Helsana

Formulaire de facturation pour prestations PRIMEO : Garde d'animaux domestiques (une seule facture pour tous les animaux)

Formulaire destiné au remboursement de prestations en l'absence de quittance/facture.

Veuillez remplir les champs correspondants de manière conforme à la vérité puis nous retourner le formulaire via my-Helsana, par e-mail ou par la poste.

Important : veuillez ne remplir qu'un seul formulaire de facturation pour tous les animaux domestiques
(veuillez ne pas remplir un formulaire par animal domestique).

Coordonnées de la personne assurée

Prénom, nom

N° d'assurance

Date de naissance

Rue, n°

NPA, localité

Coordonnées de la personne/de l'organisation qui fournit la prestation

Prénom, nom

Rue, n°

NPA, localité

Pays

Numéro RCC

Berne : Q043997
Betreuung von Haustieren
Saint-Gall : Q044097
Betreuung von Haustieren
Zurich : Q043697
Betreuung von Haustieren
Lausanne : Q043797
Garde d'animaux domestiques
Bellinzone : Q043897
Assistenza ad animali domestici

Informations relatives à la garde d'animaux domestiques

Date de la garde d'animaux domestiques :

(Il s'agit d'une prestation ambulatoire [d'une seule
journée], p. ex. le 15.03.2024.)

Montant de la facture/prix :

(Veuillez indiquer le montant en CHF, p. ex. CHF 80.–.)

Position tarifaire : H03.200.03

Other details of the pet

Species:

(e.g. dog, cat, etc.)

Are you the pet's registered owner?

Yes ☐ No ☐

(Please mark)

Does the person providing the service live with you in the same household? (Please mark)

Yes ☐ No ☐

Details of the outpatient procedure

Date of the outpatient procedure being paid for under basic insurance:

Name of the doctor, clinic or hospital:

Reason for treatment/diagnosis:

(Not mandatory)

The data you enter will be processed by Helsana Supplementary Insurances Ltd (PO Box, 8081 Zurich) for the purpose of invoice verification.

The data will not be forwarded to third parties. You can find further information about data protection in our Privacy Policy at helsana.ch/data-protection.

The health insurance provider will make the payment to the patient.

I hereby confirm that I have read the form and completed it correctly and in full.

Place and date

Signature of insured person
