

Groupe Helsana

Formulaire de facturation pour prestations PRIMEO : Centres thermaux (un seul formulaire de facturation par entrée)

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 myHelsana, par e-mail ou par la poste.

Important : veuillez remplir un seul formulaire par entrée au centre thermal.

Coordonnées de la personne assurée		Coordonnées du centre thermal	
Prénom, nom		Prénom, nom	
N° d'assurance		Rue, n°	
Date de naissance		NPA, localité	
Rue, n°		Pays	
NPA, localité	Numéro RCC	Berne : Q044197 Thermalbäder Saint-Gall : Q044297 Thermalbäder Zurich : Q043397 Thermalbäder Lausanne : Q043497 Centres thermaux Bellinzone : Q043597 Bagni termali	
Pays			

Informations relatives à l'entrée au centre thermal

Date d'entrée : <i>(Il s'agit d'une prestation ambulatoire [d'une seule journée], p. ex. le 15.03.2024.)</i>	
Montant de la facture/prix : <i>(Veuillez indiquer le montant en CHF, p. ex. CHF 80.-.)</i>	
Position tarifaire : H03.200.04	

Informations relatives à l'intervention ambulatoire

Date de l'intervention ambulatoire remboursée au titre de
l'assurance de base : _____

Nom du/de la médecin, 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