

Groupe Helsana

Formulaire de facturation pour prestations PRIMEO :

Garde d'enfants (une seule facture pour tous les enfants)

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 pour tous les enfants ainsi que pour la garde d'enfants qui n'a pas pu être organisée via Medicall.

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Informations relatives à la garde d'enfants | |
| 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 : | |

Position tarifaire : H03.200.06 (KidsCare) / H03.200.07 (Nanny Service)

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