

Groupe Helsana

Formulaire de facturation pour prestations PRIMEO :  
Nuitée

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

**Important** : 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.

Coordonnées de la personne assurée	Informations relatives à l'hébergement (clinique, hôpital ou hôtel)	
Prénom, nom	Prénom, nom	
N° d'assurance	Rue, n°	
Date de naissance	NPA, localité	
Rue, n°	Pays	
NPA, localité	Numéro RCC	Berne : F402997 Übernachtung Saint-Gall : I403097 Übernachtung Zurich : C402897 Übernachtung Lausanne : O403297 Nuitée Bellinzone : L403197 Pernottamento
Pays		

Informations relatives à la nuitée

Date de la nuitée :  
(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 : H03.200.01

**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](https://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

---