

Groupe Helsana

Formulaire de facturation pour prestations PRIMEO :  
Rooming-in

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<br>(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                                                                                                                                                            |  |
| Pays                                                                                                         |  | Berne : F402997 Übernachtung<br>Saint-Gall : I403097 Übernachtung<br>Zurich : C402897 Übernachtung<br>Lausanne : O403297 Nuitée<br>Bellinzone : L403197 Pernottamento |  |
| Coordonnées de la personne accompagnante                                                                     |  |                                                                                                                                                                       |  |
| Prénom et nom :                                                                                              |  |                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                       |  |
| Informations relatives au rooming-in                                                                         |  |                                                                                                                                                                       |  |
| Date de la nuitée :<br>(Il s'agit d'une prestation ambulatoire [d'une seule journée], p. ex. le 15.03.2024.) |  |                                                                                                                                                                       |  |
| Montant de la facture/prix :<br>(Veuillez indiquer le montant en CHF, p. ex. CHF 80.–.)                      |  |                                                                                                                                                                       |  |
| Position tarifaire : H03.200.02                                                                              |  |                                                                                                                                                                       |  |

### 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