

Helsana-Gruppe

Rechnungsformular für PRIMEO Leistungen: Übernachtung

Formular für die Rückerstattung von Leistungen, sofern keine Quittung/Rechnung vorhanden ist.

Bitte füllen Sie die entsprechenden Felder wahrheitsgetreu aus und senden Sie uns das Formular anschliessend via myHelsana, E-Mail oder Post zu.

Angaben der versicherten Person

Vorname, Name

Versicherungs-Nr.

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Land

Angaben der Unterkunft wie Klinik, Spital oder Hotel

Name

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Land

ZSR-Nummer

Bern: F402997 Übernachtung
St. Gallen: I403097 Übernachtung
Zürich: C402897 Übernachtung
Lausanne: O403297 Nuitée
Bellinzona: L403197 Pernottamento

Angaben zur Übernachtung

Datum der Übernachtung:

(Es handelt sich um eine ambulante [eintägige] Leistung,
z. B. 15.03.2024.)

Rechnungsbetrag/Preis:

(Bitte geben Sie den Betrag in CHF an, z. B. CH F80.-.)

Tarifziffer: H03.200.01

Angaben zum ambulanten Eingriff

Datum des ambulanten Eingriffs, welcher aus der Grundversicherung bezahlt wird:

Name der Ärztin, des Arztes, der Klinik oder des Spitals:

Behandlungsgrund/Diagnose:
(Kein Pflichtfeld)

Ihre angegebenen Daten werden in der Verantwortung von der Helsana Zusatzversicherungen AG (Postfach, 8081 Zürich) zum Zweck der Rechnungsprüfung bearbeitet.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf helsana.ch/datenschutz.

Die Auszahlung erfolgt durch die Krankenversicherung an die Patientin / den Patienten.

Ich bestätige, das Formular gelesen und korrekt/vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person
