

Prestations IHP

Formulaire de remboursement

A in que nous puissions procéder à un remboursement rapide et correct, nous vous prions de bien vouloir consulter «L'essentiel en deux mots» sur notre site: css.ch/ihp pour les Suisses à l'étranger (IHP).

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complétées et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. Si vous avez des questions, notre Contact Center y répondra volontiers au 0844 277 277.

Numéro client

1 Renseignements généraux

Numéro de famille

Sexe

Féminin

Masculin

Prénom

Nom

Rue, N°

Adresse complémentaire

NPA/Localité

Case postale

Date de naissance

E-Mail (facultatif)

Domicile légal, NPA/Localité

Numéros de téléphone

Privé

Mobile

Professionnel

2 Traitements ambulatoires

Maladie

Accident (prière de remplir aussi la déclaration d'accident)

Maternité

Traitement

du

au

Traitement prodigué par

Lieu/Pays

Motif/Diagnostic

Devise

Montant

Quel traitement a été effectué?

Traitement

du

au

Traitement prodigué par

Lieu/Pays

Motif/Diagnostic

Devise

Montant

Quel traitement a été effectué?

--	--	--	--

Traitement

Traitement prodigué par

Lieu/Pays

du		au		
----	--	----	--	--

Motif/Diagnostic

Devise

Montant

--	--	--	--

Quel traitement a été effectué?

--	--	--	--

Traitement

Traitement prodigué par

Lieu/Pays

du		au		
----	--	----	--	--

Motif/Diagnostic

Devise

Montant

--	--	--	--

Quel traitement a été effectué?

--	--	--	--

Traitement

Traitement prodigué par

Lieu/Pays

du		au		
----	--	----	--	--

Motif/Diagnostic

Devise

Montant

--	--	--	--

Quel traitement a été effectué?

--	--	--	--

3 Traitements stationnaires

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident (prière de remplir aussi la déclaration d'accident)	<input type="checkbox"/> Maternité
Hospitalisation	Hôpital/Clinique	Lieu/Pays
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif/Diagnostic	Devise	Montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hospitalisation	Hôpital/Clinique	Lieu/Pays
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif/Diagnostic	Devise	Montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le cas a-t-il été annoncé à la centrale d'appel d'urgence de la CSS?

Non Si oui, quand?

Remarques

Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions sur toutes les pages de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature du formulaire de remboursement, la CSS est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, des renseignements dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

Entité juridique: CSS Assurance SA

Lieu	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Important: A annexer, facture(s) originale(s) et preuve(s) de paiement(s).