

Remboursement de prestations ambulatoires hospitalières

Toujours plus d'opérations et d'interventions sont effectuées en ambulatoire. La CSS tient compte de cette évolution et vous propose des prestations supplémentaires exclusives dans l'assurance d'hospitalisation myFlex. Vous bénéficiez ainsi d'un confort élevé et d'un espace à vous agréable.

Vous trouverez les prestations supplémentaires auxquelles vous avez droit dans l'information à la clientèle «Assurance d'hospitalisation myFlex. Traitements ambulatoires à l'hôpital».

La condition pour bénéficier des prestations supplémentaires est de remplir intégralement le présent formulaire et de l'envoyer avec vos justificatifs de remboursement à l'adresse suivante: CSS Assurance, case postale 2550, 6002 Lucerne

Si vous avez des questions, le Contact Center vous renseigne volontiers au 0844 277 277.

Numéro-client

1 Données personnelles

Personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Traitement ambulatoire

Spécialité

- Œil
- Appareil locomoteur
- Cœur
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie
- Gynécologie
- Urologie
- Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Traitement / Examen / Intervention

- Cataracte
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du pied, sauf hallux valgus
- Retrait d'implants osseux (matériel d'ostéosynthèse)
- Arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque
- Cathétérisme cardiaque
- Stimulateur cardiaque
- Traitement des varices
- Autres reconstructions vasculaires (sauf vaisseaux coronaires)
- Interventions pour hémorroïdes
- Opération d'une hernie inguinale
- Circoncision
- Interventions au niveau du col utérin
- Interventions au niveau de l'utérus
- Fragmentation des calculs rénaux, des calculs urinaires ou des calculs de la vessie par lithotritie extracorporelle par ondes de choc (LEOC)
- Retrait des amygdales palatines (amygdalectomie)
- Retrait des amygdales pharyngiennes (adénoïdectomie)

Date	Clinique chargée de l'exécution
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Signature

Lieu	Date	Personne assurée ou représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Pour la CSS

N° de la centrale de paiement collectif

Assurance d'hospitalisation pour les prestations supplémentaires N 8075.99