

Soumission de vos factures pour votre assurance complémentaire financée par l'employeur (pour des traitements à l'étranger uniquement)

Instructions générales pour remplir le document :

Choisissez parmi les catégories suivantes celle qui correspond à votre facture.

Veuillez noter que pour chaque facture, vous devez remplir et soumettre un formulaire.

Si une facture comporte plusieurs pages, un seul formulaire est suffisant.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aides visuelles (lunettes) | <input type="checkbox"/> Indemnité journalière de cure |
| <input type="checkbox"/> LASIK (Kératomileusis in situ assisté par laser) | <input type="checkbox"/> Vaccination préventive |
| <input type="checkbox"/> Appareils auditifs | <input type="checkbox"/> Examens préventifs (par ex. de dépistage ou des check-up) |
| <input type="checkbox"/> Dentiste (par ex. traitement, remplacement & prophylaxie) | <input type="checkbox"/> Traitement médical ambulatoire (par exemple, consultation médicale ; uniquement dans la formule Voyages de vacances) |
| <input type="checkbox"/> Soins médicaux (par ex. kinésithérapie) | <input type="checkbox"/> Séjours hospitaliers dans un hôpital (par exemple, des séjours en sanatorium ; uniquement dans la formule Voyages de vacances) |
| <input type="checkbox"/> Moyens auxiliaires (par ex. tensiomètre) | <input type="checkbox"/> Chiropratique / ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Médicaments ou bandages (par ex. antibiotiques ou bandages pour plaies) | <input type="checkbox"/> Aucun des services ci-dessus |

Vos données personnelles :

Numéro d'assurance _____

Nom de l'assuré(e) _____

Coordonnées bancaires¹ _____

IBAN¹ _____ BIC¹ _____

Titulaire du compte¹ _____

Les champs marqués d'un ¹ ne doivent être remplis que si vous ne nous avez pas déjà communiqué ces données.

Par ailleurs, pour le remboursement des frais, d'**autres informations** sont nécessaires :

Période de traitement		Montant de la facture	Monnaie (abréviation)
De	Jusqu'à		

Date de facture _____

Nombre de pages de la facture originale _____

Vos possibilités pour soumettre le formulaire :

 Via la nouvelle application Hallesche4u

 Par e-mail à service@hallesche.de

 Par la poste à Hallesche Krankenversicherung a.G.
Bereich KSH-sl-bkv
D-70166 Stuttgart