

Frais supplémentaires Hôpital Plus

Ce formulaire ne doit être complété que si vous avez déjà envoyé l'attestation médicale et la demande d'intervention.
Les champs obligatoires sont marqués d'une *. Complétez le formulaire et joignez-y les frais.

Coordonnées

Remplissez ou apposez une vignette bleue :

Numéro de registre national * : _____

Nom + prénom * : _____

Rue + numéro *: _____

Code postal + commune *: _____

Téléphone : _____

GSM : _____

E-mail : _____

Si vous désirez recevoir le paiement sur un compte différent du compte connu par la mutualité, merci de remplir ici les données du nouveau compte. Le nouveau compte communiqué sera utilisé à l'avenir pour toutes les interventions HOPITAL-PLUS. Il est impossible d'effectuer uniquement un remboursement sur un compte différent.

IBAN : - - -

BIC :

Frais supplémentaires pour

Cocher* :

- Facture d'hospitalisation : pour compléter le dossier
- Frais pré et post hospitalisation : frais réalisés un mois avant la date d'hospitalisation et trois mois après la date de sortie, correspondant à l'hospitalisation.
Hospitalisation du : _____
- Frais ambulatoires maladie grave

Fait le / /

Signature du preneur d'assurance :