Helena Consultants Ltd

Registered In Gibraltar nr 77662 - Suite 2B - Mansion House - 143 Main Street

www.helena-online.com

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

Merci d'écrire lisiblement en caractères d'imprimerie

Nom et Prénom		**N° de l'adhérent**	

Date des soins	**Nature des frais (1)**	**Prénom du patient**	**Montant des Frais (en Euro)**

(1) consultation ou visite du médecin généraliste ou spécialiste, examen de laboratoire, examen radiologique, pharmacie, soins ou prothèse dentaire, orthodontie, montures ou verres de lunettes, lentilles cornéennes, hospitalisation chirurgicale ou médicale, frais d'accouchement, honoraires d'infirmier, de masseur kinésithérapeute, d'orthoptiste, d'orthophoniste, …..

Je soussigné …….. Signature de l'adhérent

Fait à …….., le …….

Certifie sur l'honneur avoir réglé les sommes ci-dessus, n'avoir reçu ou n'avoir à recevoir aucun autre remboursement que ceux mentionnés ci-dessus, et m'engage à fournir, sur demande, toutes les justifications complémentaires éventuelles. Toute erreur ou omission volontaire pourrait constituer une cause de résiliation d'adhésion au contrat.

Pour la France - 80 Rue Legendre - 75017 Paris

Tel +33.(0)1.44.24.42.12 - Fax +33.(0)1.44.24.42.20