

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE PAR LA CARTE DE SAUVETAGE

COORDONNEES PATIENT

Nom, Prénom

Adresse

Date de naissance

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Date du transport

Employeur

Bénéficiaire du remboursement (Nom+Prénom)

IBAN ou compte postal

Banque

N° de membre Air-Glacières

Nom de l'assurance maladie (LAMal)

Nom de l'assurance complémentaire

AUTRES PRESTATAIRES DE SERVICES

Êtes-vous en possession d'une carte de sauvetage chez les prestataires suivants ?

Air Zermatt N°

Rega N°

AAA N°

Êtes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ?

oui non

PERSONNE DE CONTACT ET/OU TUTEUR LEGAL (SI DIFFERENT DES COORDONNEES PATIENT)

Nom

Prénom

Afin de pouvoir traiter votre dossier, nous vous prions de nous fournir les pièces suivantes par e-mail ou par courrier :

DOCUMENTS A ANNEXER

Copie de la facture de transport

Décomptes de prestations des diverses assurances

Votre dossier sera traité dès réception de tous les documents requis.

En cas de documents manquants, Air-Glacières se réserve le droit de ne pas donner de suite.

