

DKV Luxembourg S.A.

Service Remboursements

11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange
R.C. Luxembourg B 45 762, Société Anonyme
T +352/42 64 64-1
F +352/42 64 64-250
E-Mail : info@dkv.lu / claims@dkv.lu

DKV Luxembourg S.A., B.P. 845, L-2018 Luxembourg

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - HOSPITALISATION - FRANCE

Nom de la clinique

Téléphone

FAX

Email

No d'assurance	Prénom Nom	Date de naissance
----------------	------------	-------------------

No de téléphone

Durée probable du séjour

du	au
----	----

Diagnostic ou code ICD

--

Frais d'hospitalisation approximatifs

Forfait journalierEURO / jour
Frais de séjour	Ticket modérateurEURO / 100 %EURO
Chambre commune / à deux lits : sans supplément de chambre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OuiEURO
Chambre individuelle simple <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OuiEURO
Supplément d'honoraires des médecins <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OuiEURO
Tiers payant autorisé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Ressortissant luxembourgeois : Accord S2 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Sans accord S2 veuillez svp joindre un rapport médical ainsi qu'un devis détaillé

- En cas de facturation totale à la mutuelle :
- En cas d'accident avec tiers responsable :

Merci de nous contacter directement

Les factures sont à régler par

<input type="checkbox"/> DKV Luxembourg	<input type="checkbox"/> Patient ou autre caisse
---	--

Lieu / Date

Signature Clinique ou client / tampon