



Claim form (EU/EEA) – Demande de remboursement (UE/EEE)

Claim form for the out-of-pocket of medical expenses occurred in Sweden after reimbursement of Swedish Social Security, or for medical expenses occurred within the EU/EEA after reimbursement of the EHIC.

Remboursement du ticket modérateur/reste à charge pour des frais de santé en Suède après intervention de la Sécurité Social Suédoise, ou pour des frais de santé dans un pays tiers de l’UE/EEE après intervention de la CEAM.

To the attention of / A l’attention de :
Groupe HENNER – UG14
14 boulevard du Général Leclerc
92527 Neuilly-sur-Seine CEDEX
France

Last name / Nom: First name / Prénom:.....
Email: Phone number / Téléphone:
Social security nb / n° de sécurité social (carte vitale) :
Country of care / Pays de soins :

Beneficiary/ Bénéficiaire	Type of service/Type de soins	Date of service/Date des soins	Total amount/ Montant total	Swedish SS or EHIC (if applicable)	Out-of-pocket / reste à charge

Please attach original invoice and proof of payment / Merci de joindre la facture originale et le reçu de paiement.

Note : Save copy of invoice / Conservez une copie de la facture.

Signature: _____ Date: _____