

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov _____

residente in Via _____ CAP _____

Città _____ prov _____ C.F. _____

Richiede, per le garanzie previste dal Piano Sanitario prescelto, il rimborso delle prestazioni di cui all'elenco sottostante per:

COGNOME _____ NOME _____

**VISITE SPECIALISTICHE
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
TRATTAMENTI ONCOLOGICI**

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta (fotocopia)
 Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

RICOVERI

STATO DI GRAVIDANZA E PARTO

INTERVENTI con applicazioni di protesi

RICOVERI per trattamenti fisioterapici riabilitativi non a seguito di intervento chirurgico

RICOVERI in Day Hospital – RICOVERI in Day Surgery – INTERVENTI ambulatoriali

- Fotocopia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche (fotocopia)
 Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

PRESTAZIONI ACCESSORIE

Rimborsi spese per accompagnatore

Trasporto sanitario

- Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

- se a seguito di infortunio: copia verbale rilasciato da un Pronto Soccorso pubblico (fotocopia)
 se a seguito di intervento chirurgico: cartella clinica ed eventuali prescrizioni mediche (fotocopia)
 Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

APPARECCHI PROTESICI ED AUSILI SANITARI

- Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta (fotocopia)
 Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

INDENNITA' GIORNALIERA SOSTITUTIVA (ricoveri con degenza notturna)

- Fotocopia della cartella clinica completa

Allego a tal proposito le fotocopie delle fatture:

Numero	Data	Ente	importo

Ai fini del rimborso, notifico le mie coordinate bancarie

IBAN _____

INTESTATARIO C/C: _____ Firma del Titolare _____

Data _____