

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente in Via _____

Città _____ prov. _____ CAP _____ Tel _____

Mail _____ @ _____

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

COGNOME _____ **NOME** _____

Documentazione richiesta:

A - VISITE SPECIALISTICHE

B - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta (fotocopia)

Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

C - CURE AMBULATORIALI ED ESAMI DI LABORATORIO

Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta (fotocopia)

Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

D - 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)

E – APPARECCHI PROTESICI ED AUSILI SANITARI

Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta (fotocopia)

Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

F- RICOVERI

Cartella clinica completa (fotocopia)

Fatture e/o ricevute fiscali (fotocopia)

Allego a tal proposito le fotocopie delle fatture:

Numero	Data	Ente	Importo

Ai fini del rimborso, notifico le mie coordinate bancarie intestate a: _____

Codice IBAN _____

Firma del Titolare _____

Data _____