

Helsana Gruppe
Kundenservice Bern
z.H. Rahel Weber
Worblaufenstrasse 200
3048 Worblaufen

Conto mensile per i costi d'infrastruttura e indennizzo del partner

Mese	Nome Cognome
Anno	Data di nascita
Fornitore di prestazioni	Q001197 3048 Bern
	Via
	NPA Luogo
	Telefono
	Assicuratore malattia
	N. d'assicurato (etichetta)
La preghiamo di barrare X i giorni in cui il paziente sottoscritto ha effettuato la dialisi a domicilio.	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/>
	9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/>
	17 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/>
	25 <input type="radio"/> 26 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/> 28 <input type="radio"/> 29 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 31 <input type="radio"/>
giorni con dialisi peritoneali (costi dell'infrastruttura)	× CHF 10.– =
giorni con dialisi peritoneali* (costi dell'infrastruttura e partner per la dialisi)	× CHF 30.– =
giorni con emodialisi a domicilio** (costi dell'infrastruttura e partner per la dialisi)	× CHF 70.– =

* Solo in caso di handicap fisico che renda impossibile l'esecuzione indipendente della dialisi peritoneale così come in caso dei bambini in tenera età.

** Per la fatturazione della dialisi ematica a domicilio dobbiamo inviare il formulario al fornitore.

Il pagamento al paziente si effettua attraverso l'assicurazione malattia.

Confermo di aver letto il formulario e di averlo compilato in modo corretto e completo.

Luogo e data

X