

Gruppo Helsana

Formulario di fatturazione per prestazioni PRIMEO:
assistenza ad animali domestici (1 fattura per tutti gli animali domestici)

Formulario per il rimborso delle prestazioni in assenza di ricevuta / fattura.
La invitiamo a compilare in modo veritiero i campi corrispondenti e a inviarci il formulario tramite myHelsana, per e-mail o per posta.
Importante: compilare 1 unico formulario di fatturazione per tutti gli animali domestici (non compilare un formulario per ciascun animale domestico).

Informazioni sulla persona assicurata	Informazioni sulla persona / sull'organizzazione che eroga la prestazione	
Nome, cognome	Nome, cognome	
N. di assicurato	Via, n.	
Data di nascita	NPA Località	
Via, n.	Paese	
NPA Località	Numero RCC	Berna: Q043997 Betreuung von Haustieren San Gallo: Q044097 Betreuung von Haustieren Zurigo: Q043697 Betreuung von Haustieren Losanna: Q043797 Garde d'animaux domestiques Bellinzona: Q043897 Assistenza ad animali domestici

Informazioni sull'assistenza ad animali domestici

Data dell'assistenza ad animali domestici:
(Si tratta di una prestazione ambulatoriale [di un giorno],
ad es. 15.03.2024.)

Importo della fattura / prezzo: (Inserire l'importo in CHF,
ad es. CHF 80.–.)

Posizione tariffale: H03.200.03

Altre informazioni sull'animale domestico

Tipo di animale:

(Ad es. cane, gatto ecc.)

È la proprietaria/il proprietario dell'animale?

(Segnare la risposta)

Sì ☐ ☐

La persona che eroga la prestazione vive con lei nella stessa economia domestica?

(Segnare la risposta.)

Sì ☐ ☐

Informazioni sull'intervento ambulatoriale

Data dell'intervento ambulatoriale coperto

dall'assicurazione di base:

Nome del medico, della clinica o dell'ospedale:

Motivo del trattamento / diagnosi:

(Campo non obbligatorio)

I dati forniti saranno trattati sotto la responsabilità di Helsana Assicurazioni integrative SA (casella postale, 8081 Zurigo) ai fini della verifica della fattura.

L'inoltro dei dati a terzi è escluso. Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nella nostra dichiarazione sulla protezione dei dati consultabile su helsana.ch/protezione-dei-dati.

Il pagamento viene corrisposto dall'assicurazione malattia a favore della paziente/del paziente.

Confermo di aver letto il formulario e di averlo compilato correttamente / in ogni sua parte.

Luogo e data

Firma della persona assicurata