

Gruppo Helsana

Formulario di fatturazione per prestazioni PRIMEO: assistenza ai bambini (1 fattura per tutti i bambini)

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 solo formulario comprensivo di tutti i bambini e dell'assistenza ai bambini che non è stato possibile organizzare tramite Medical.

Informazioni sulla persona assicurata	Informazioni sul bagno termale	
Nome, cognome	Nome, cognome	
N. di assicurato	Via, n.	
Data di nascita	NPA Località	
Via, n.	Paese	
NPA Località	Numero RCC	Organizzazione svizzera di cure e di aiuto a domicilio
Paese		

Informazioni sull'assistenza ai bambini

Nome dei bambini:

(Chi ha ricevuto assistenza. Il forfait si applica per tutti i bambini.)

Età dei bambini:

(Età di tutti i bambini.)

Rapporto della persona che presta assistenza con la famiglia:

Data	Dalle ore	Alle ore	Numero di ore	Tariffa oraria	Prezzo CHF
Totale					

Posizione tariffale: H03.200.06 (KidsCare) / H03.200.07 (nanny service)

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