

Gruppo Helsana

Formulario di fatturazione per prestazioni PRIMEO:
Pernottamento

Formulario per il rimborso delle prestazioni in assenza di ricevuta / fattura.

Importante: la invitiamo a compilare in modo veritiero i campi corrispondenti e a inviarci il formulario tramite myHelsana, per e-mail o per posta.

Informazioni sulla persona assicurata	Informazioni sull'alloggio, ad esempio clinica, ospedale o hotel	
Nome, cognome	Nome, cognome	
N. di assicurato	Via, n.	
Data di nascita	NPA Località	
Via, n.	Paese	
NPA Località	Numero RCC	Berna: F402997 Übernachtung San Gallo: I403097 Übernachtung Zurigo: C402897 Übernachtung Losanna: O403297 Nuitée Bellinzona: L403197 Pernottamento
Paese		
Informazioni sul pernottamento		
Data del pernottamento: (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: H03.200.01		

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