

Gruppo Helsana

Formulario di fatturazione per prestazioni PRIMEO: Rooming-in

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

Nome, cognome

N. di assicurato

Data di nascita

Via, n.

NPA Località

Paese

Informazioni sull'alloggio, ad esempio clinica, ospedale o hotel

Nome, cognome

Via, n.

NPA Località

Paese

Numero RCC

Berna: F402997 Übernachtung
San Gallo: I403097 Übernachtung
Zurigo: C402897 Übernachtung
Losanna: O403297 Nuitée
Bellinzona: L403197 Pernottamento

Informazioni sulla persona di accompagnamento

Nome e cognome:

Informazioni sul rooming-in

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: H03.200.02

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