

Helsana-Gruppe
Kundenservice Bern
z.H. Sabine Fischer
Worblaufenstrasse 200
3048 Worblaufen

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

Mese	Cognome, nome							
Anno	Data di nascita (giorno, mese, anno)							
Fornitore di prestazioni Q001197 PLZ 3048 Bern	Via							
	NPA, luogo							
	Telefono							
	Assicuratore malattia							
	N. d'assicurato (etichetta)							
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>							
La preghiamo di barrare i giorni in cui il paziente sottoscritto ha effettuato la dialisi a domicilio.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
	17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
	25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	
	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

Firma del/della paziente

X