

Gruppo Helsana

Formulario di fatturazione per prestazioni HOSPITAL: 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

Nome, cognome

N. di assicurato

Data di nascita

Via, n.

NPA Località

Paese

Informazioni sulla persona / sull'organizzazione che si prende cura dei bambini

Nome, cognome

Via, n.

NPA Località

Paese

Numero RCC

Organizzazione svizzera di cure e di aiuto a domicilio

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: K303 (KidsCare) / K307 (Nanny service)

Informazioni sull'intervento ospedaliero (Nanny Service)

Data dell'intervento ospedaliero:

Nome 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](https://www.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
