

Antrag um Vergütung laut europäischer Richtlinie 2011/24/EU betreffend die grenzüberschreitende Betreuung

Die Rechnungen sind innerhalb von 60 Tagen ab Behandlungsdatum einzureichen.

Der/Die Unterfertigte (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

wohnhaf in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

ersucht

- für sich
 für folgendes Familienmitglied (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

- um Vorabgenehmigung mit Angabe des rückvergütbaren Betrages**
 ausschließlich um Mitteilung des eventuell rückvergütbaren Betrages
 um Vergütung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen

folgender Gesundheitsleistung:

- Krankenhausaufenthalt (von - bis)

- Tagesklinikaufenthalt (am)

Richiesta di rimborso secondo la direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza transfrontaliera

Le fatture vanno inoltrate entro 60 giorni dalla data della prestazione.

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

residente a (comune e codice postale CAP)

indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

e-mail

posta elettronica certificata (PEC)

richiede

- per sé
 per il seguente familiare (cognome e nome)

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

- l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile**
 unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare
 il rimborso di prestazioni già fruite

della seguente prestazione sanitaria:

- ricovero ospedaliero (dal - al)

- ricovero diurno (il)

