

ASSISTENZA BASE
____ bimestre di Convenzione
(periodo dal ____ al ____)

Ricovero con intervento/Day Hospital	Dipendenti e nucleo a carico					Pensionati e nucleo a carico					Familiari "paganti" di dipendenti					Familiari "paganti" di pensionati				
	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie
Ricovero (esclusi grandi interventi, ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive, parto cesareo, assistenza neonato, chirurgia refrattiva, spese pre e post ricovero) in convenzione (di cui rette di degenza)																				
Ricovero (esclusi grandi interventi, ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive, parto cesareo, assistenza neonato, chirurgia refrattiva, spese pre e post ricovero) fuori convenzione (di cui rette di degenza)																				
Grandi interventi, ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive in convenzione (di cui rette di degenza)																				
Grandi interventi, ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive fuori convenzione (di cui rette di degenza)																				
Ricoveri a carico SSN																				
Spese pre e post ricovero in convenzione																				
Spese pre e post ricovero fuori convenzione																				
Parto cesareo in convenzione																				
Parto cesareo fuori convenzione																				
Assistenza neonato in convenzione																				
Assistenza neonato fuori convenzione																				
Day hospital (surgery, esclusa chirurgia refrattiva) in convenzione																				
Day hospital (surgery, esclusa chirurgia refrattiva) fuori convenzione																				
Chirurgia refrattiva in convenzione																				
Chirurgia refrattiva fuori convenzione																				
Altro in convenzione																				
Altro fuori convenzione																				
TOTALE																				

Ricovero senza intervento	Dipendenti e nucleo a carico					Pensionati e nucleo a carico					Familiari "paganti" di dipendenti					Familiari "paganti" di pensionati				
	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	giorni di ricovero	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie
Ricovero (esclusi ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive, parto naturale, assistenza neonato, spese per ricovero) in convenzione (di cui rette di degenza)																				
Ricovero (esclusi ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive, parto naturale, assistenza neonato, spese per ricovero) fuori convenzione (di cui rette di degenza)																				
Ricoveri a carico SSN																				
Ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive, parto naturale, assistenza neonato, spese pre ricovero) fuori convenzione																				
Ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive, parto naturale, assistenza neonato, spese pre ricovero) fuori convenzione																				
Spese pre ricovero in convenzione																				
Spese pre ricovero fuori convenzione																				
Day hospital in convenzione																				
Day hospital fuori convenzione																				
Parto naturale in convenzione																				
Parto naturale fuori convenzione																				
Assistenza neonato in convenzione																				
Assistenza neonato fuori convenzione																				
Altro in convenzione																				
Altro fuori convenzione																				
TOTALE																				

ASSISTENZA BASE
__ bimestre di Convenzione
(periodo dal __ al __)

Prestazioni etraospedaliere Alta diagnostica

Prestazioni in convenzione
Prestazioni fuori convenzione
Ticket

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie

TOTALE

Protesi

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	

Cure oncologiche e dialisi

Cure oncologiche in convenzione
Cure oncologiche fuori convenzione
Dialisi in convenzione
Dialisi fuori convenzione

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	

TOTALE

Cure dentarie da infortunio

In convenzione
Fuori convenzione

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie

TOTALE

Long Term Care

soli dipendenti, per patologie che determinano situazioni di non-autosufficienza

Dipendenti e nucleo a carico	
n. sinistri	importo rimborsato

Ospedalizzazione domiciliare

In convenzione
Fuori convenzione

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato		n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	

TOTALE

Fisioterapia riabilitativa

In convenzione
Fuori convenzione

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	franchigie

TOTALE

ASSISTENZA OPZIONE PLUS

bimestre di Convenzione

(periodo dal _____ al _____)

[illegible]

TOTALE

[illegible]

TOTALE

[illegible]

TOTALE

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie

TOTALE

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie

Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie

TOTALE

ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI

___ bimestre di Convenzione
(periodo dal ___ al ___)

	Dipendenti e nucleo a carico				Pensionati e nucleo a carico				Familiari "paganti" di dipendenti				Familiari "paganti" di pensionati			
	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie	n. sinistri	importo richiesto	importo rimborsato	importo franchigie
Grande intervento																
Intervento (escluse spese pre e post) in convenzione																
(di cui rette di degenza)																
Intervento (escluse spese pre e post) fuori convenzione																
(di cui rette di degenza)																
Intervento a carico del SSN																
Spese pre e post intervento in convenzione																
Spese pre e post intervento fuori convenzione																
Altro in convenzione																
Altro fuori convenzione																
TOTALE																