

Richiesta di rimborso per medici e ospedali convenzionati

Questo modulo può anche essere compilato online all'indirizzo: www.allianzcare.com/it/fornitori-di-servizi-sanitari/processo-di-pagamento-diretto.html. Se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO**.

1 Dati del paziente

Numero di polizza

Nome

Cognome

Data di nascita / /

Indirizzo per la corrispondenza

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

2 Informazioni cliniche

Tipo di patologia: Acuta ☐ Cronica ☐ Episodio acuto di patologia cronica ☐

Per favore, fornisca i dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche per le quali è stato necessario il trattamento

Codici ICD9/10 e DSM-IV

Dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche

Indichi la data in cui il paziente si è rivolto a Lei per la prima volta manifestando questi sintomi. / /

In che data i sintomi sono stati evidenti per il paziente per la prima volta? / /

Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia? Sì ☐ No ☐

Se sì, indichi la data: / /

È a conoscenza di eventuali trattamenti che siano stati somministrati al paziente in passato in riferimento a questa patologia o a patologie ad essa correlate?

Sì ☐ No ☐

Se sì, fornisca maggiori informazioni

Si tratta di una patologia che potrebbe presentarsi di nuovo in futuro? Sì ☐ No ☐

Si tratta di una condizione medica che richiede una terapia di riabilitazione? Sì ☐ No ☐

Si tratta di una patologia permanente? Sì ☐ No ☐

Si tratta di una patologia che richiede cure, supervisione, visite, check-up e test a lungo termine? Sì ☐ No ☐

Per favore, ci fornisca il numero di riferimento della Garanzia di pagamento relativa a questo trattamento (ove disponibile):

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza:

Data prevista del parto / /

Si tratta di una gravidanza semplice (un solo bambino)? Sì ☐ No ☐

Se la paziente attende più di un bambino, la gravidanza è il risultato di un trattamento di riproduzione assistita? Sì ☐ No ☐

Se sì, fornisca ulteriori informazioni

Nome del medico che ha firmato l'impegnativa

Telefono

PREFISSO INTERNAZIONALE

PREFISSO DELLA CITTÀ

Data dell'impegnativa

G G / M M / A A A A

Firma del medico _____

Data

G	G	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 Protezione dei suoi dati personali

4 Dichiarazione

Se il paziente è un minore, un genitore o il tutore deve firmare e datare questa sezione.

Firma del paziente _____

Data / /

- ☐ tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;
- ☐ la Richiesta di rimborso per medici e ospedali convenzionati sia compilata in tutte le sue parti (incluso il numero di riferimento della Garanzia di pagamento, ove disponibile);
- ☐ le dichiarazioni ivi contenute siano state firmate e datate;
- ☐ la diagnosi sia stata confermata e specificata nel presente modulo o nelle fatture allegate.

**Ufficio rimborsi (Claims Department), Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublino 12, Irlanda**

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile alla pagina: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), compagnia registrata in Francia, n. 401 454 679 RCS Bobbiav. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, numero 907619, all'indirizzo: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Naonao Road, Dublino 12, Irlanda.