

## Fattura Mezzi ausiliari per ampliare la propria autonomia



Data della fattura

**Persona assicurata**

Cognome, nome

Numero d'assicurato (756.xxxx.xxxx.xx)

Via, n°

NAP, luogo

**Emittente della fattura**

Cognome, nome (nel caso in cui non sia la persona assicurata)

E-Mail, Numero di telefono (per eventuali chiarimenti)

Via, n°

NAP, luogo

**Conteggio**

Numero della decisione/comunicazione

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Cognome, nome dell'intestatario del conto

Via, N° dell'intestatario del conto

NAP, luogo dell'intestatario del conto

<b>Mezzi ausiliari per ampliare la propria autonomia, protesi del seno e apparecchi che facilitano la deambulazione</b>				
Tipo di consegna:			<input type="checkbox"/> Prima consegna	<input type="checkbox"/> Consegna successiva
		<b>Data della prestazione fornita o periodo di conteggio</b>	<b>Cifra tariffale</b>	<b>Importo in CHF</b>
Installazioni di WC-doccia e WC-essiccazione, complementi alle installazioni sanitarie			914.141	
Elevatori per malati			914.142	
Letto azionato elettricamente: Consegna	Importo max. CHF 2'500.00		914.143.1	
Letto azionato elettricamente: Fornitura	Importo max. CHF 250.00		914.143.2	
Cani d'accompagnamento: Consegna	Sussidio forfettario CHF 12'500.00		914.146.1	
Cani d'accompagnamento: Spese per il cibo e il veterinario	Sussidio forfettario CHF 3'000.00		914.146.2	
Protesi del seno per un lato	Importo max. annuale CHF 500.00		914.013.1	
Protesi del seno per entrambi i lati	Importo max. annuale CHF 900.00		914.013.2	
Stampelle antibrachiali			914.121	
Deambulatore			914.122	

**Totale in CHF**

La fattura originale del fornitore di prestazioni deve sempre essere allegata a questo modulo.

Nel caso di valute straniere, il tipo di valuta deve essere esplicitamente indicato.

**Eventuali osservazioni**

---

---

---