MUTUA TRE ESSE
SOLUZIONI E SERVIZI PER LA SANITÀ

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

(da fotocopiare)

Inviare il presente modulo e la documentazione allegata a:

MUTUA TRE ESSE SCPA – Foro Bonaparte, 12 – 20121 MILANO

Persona per cui si richiede il rimborso:

Cognome_____ Nome _____

Nato il_____ a_____ prov _____

residente in via_____ CAP _____

Città_____ prov_____ Cod.Fiscale_____

Indirizzo di posta elettronica _____

Telefono fisso _____ cellulare _____

Documentazione allegata

P1) 1.Visite specialistiche – 2.Esami di alta diagnostica – 3.Trattamenti fisioterapici
O Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta O Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

P2) Diaria giornaliera sostitutiva
O Copia della cartella clinica completa

P3) Ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto, day-hospital o intervento chirurgico ambulatoriale
O Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
O Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

P3) Prestazioni pre e post ricovero
O Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta O Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

P4) Protesi ortopediche e acustiche
O Prescrizioni mediche con indicazione patologia certa o presunta O Fatture e/o ricevute fiscali (originali)

Si allegano le seguenti fatture

Numero	Data	Ente	importo

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI* O NO O Nome Compagnia :_____
* Se si, allegare copia della polizza

Ai fini del rimborso diretto, notifico le mie coordinate bancarie

IBAN_____ INTESTATARIO C/C:_____

Data_____ Firma del Titolare _____

Per informazioni circa lo stato della pratica, telefonare allo **02.89011031** o scrivere a **info@mutuatreesse.it**