

RICHIESTA DI PRESTAZIONE SANITARIA

(da spedire a: Cassa Mutua Nazionale – Via Massimo d’Azeglio 33, 00184 – Roma)

Cognome e nome del Destinatario (Titolare)	Codice Fiscale
Azienda	Regione
Recapito telefonico sede lavorativa (abitazione per i pensionati) e/o cellulare	
Indirizzo di posta elettronica	

N.B. I dati relativi al conto corrente del Destinatario sono quelli registrati nella propria posizione anagrafica. Per eventuali variazioni è necessario effettuare apposita comunicazione all'ufficio anagrafe di Cassa Mutua Nazionale, anche utilizzando l'indirizzo mail anagrafe@cmn.bcc.it

FAMILIARI PER I QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale

Ricevuta l'informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Cassa Mutua Nazionale – B.C.C., Zucchetti Project, Preda S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del Titolare e dei familiari che hanno effettuato le prestazioni

(firme) _____

ELENCO DOCUMENTAZIONE

IMPORTO	TIPO PRESTAZIONE	
	Ospedaliere:	
	<input type="checkbox"/> Ricovero: gg n. dal al	<input type="checkbox"/> con intervento <input type="checkbox"/> senza intervento
	<input type="checkbox"/> Spese sostenute	<input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> Diaria	<input type="checkbox"/> Parto
	Prestazioni extraospedaliere e aggiuntive	
	<input type="checkbox"/> Visite specialistiche, analisi, terapie, ticket	<input type="checkbox"/> Alta diagnostica
	<input type="checkbox"/> Gravidanza	<input type="checkbox"/> Ortodonzia infantile
	<input type="checkbox"/> Lenti / apparecchi acustici / Varie	<input type="checkbox"/> LTC – Stati di non autosufficienza
€	TOTALE	
ALLEGATI	n° _____ ricevute fiscali	<input type="checkbox"/> cartella clinica
	<input type="checkbox"/> certificazioni mediche	<input type="checkbox"/> relazione medica intervento ambulatoriale

NOTE

Data compilazione

Firma del Titolare della Copertura Sanitaria

Attenzione: segnalare sulla busta con la dizione "urgente" le richieste di importo superiore ad € 1.550,00

Per informazioni e contatti, è disponibile il sito della Cassa Mutua Nazionale all'indirizzo www.cmn.bcc.it