

Prestazione	N° Documenti allegati	Tot. €	S	C	F
RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICOVERO IN STRUTTURE SANITARIE RIABILITATIVE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI E ACCOMPAGNATORE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESAMI DIAGNOSTICI STRUM. ED ESAMI DI LABORATORIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CICLI DI TERAPIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSIST. DOMICIL. PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIALISI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIRURGIA OCULISTICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCHIALI: MONTATURA + LENTI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LENTI A CONTATTO (CON PRESCRIZIONE TRIENNALE)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE ODONTOIATRICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE E PROTESI DENTARIE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURE E PROTESI ORTODONTICHE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATERNITÀ	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVIDANZA A RISCHIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA PEDIATRICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VACCINI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LATTE ARTIFICIALE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISITA MEDICO-SPORTIVA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORTUNIO SUL LAVORO ED EXTRALAVORO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TICKET PER TERAPIE TERMALI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TERAPIE PER CURE FISIATRICHE E FISIOKINESITERAPIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TERAPIE MEDICHE MUTUABILI O RICONOSCIUTE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACQUISTO APPARECCHIO SANITARIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIDI SANITARI INDISPENSABILI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASPORTO INFERMI	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELEASSISTENZA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIDUZIONE STIPENDIO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INIDONEITÀ TEMPORANEA ALLA MANSIONE SPECIFICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INIDONEITÀ DEFINITIVA ALLA MANSIONE SPECIFICA	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INABILITÀ TOTALE	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DECESSO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tot. documenti allegati N° _____ per € _____

Barrare la casella che interessa: S = Socio, C = Coniuge, F = Figlio.