

Rimborso trattamenti ambulatoriali in ospedale

Sempre più operazioni e interventi sono effettuati in regime ambulatoriale. La CSS desidera adeguarsi a questo dato di fatto, offrendole prestazioni supplementari esclusive nell'Assicurazione ospedaliera myFlex. Queste prestazioni le permettono di beneficiare di un elevato comfort e di una gradevole sfera privata in caso di interventi ambulatoriali.

Nell'informazione ai clienti «Assicurazione ospedaliera myFlex. Trattamenti ambulatoriali in ospedale» sono riportate le sue prestazioni supplementari.

Per beneficiare delle prestazioni supplementari è necessario che lei compili il presente formulario e lo invii assieme ai giustificativi per il rimborso al seguente indirizzo: CSS, Casella postale 2550, 6002 Lucerna

In caso di domande, il Contact Center 0844 277 277 sarà lieto di essere d'aiuto.

Numero cliente

1 Generalità

Persona assicurata

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Via, N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Trattamento ambulatoriale

Campo specialistico

Occhio

Apparato motorio

Cuore

Chirurgia vascolare

Chirurgia

Ginecologia

Urologia

Chirurgia otorinolaringoiatrica

Trattamento / Esame / Intervento

Cataratta

Chirurgia della mano

Chirurgia del piede escl. alluce valgo

Rimozione di dispositivo impiantato da ossa (materiale di osteosintesi)

Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi al menisco

Catatero cardiaco

Pacemaker

Trattamento delle vene varicose

Altra ricostruzione di vasi sanguigni (escl. vasi coronari)

Interventi sulle emorroidi

Operazione di un'ernia inguinale

Circoncisione

Riparazione di hernia ombelicale

Trattamento operativo di fistola anale

Interventi al collo uterino

Interventi all'utero

Frantumazione dei calcoli renali, delle vie urinarie, della vescica, mediante litotrixxia extracorporea a onde d'urto (ESWL)

Rimozione parziale delle tonsille (tonsillotomia)

Rimozione delle adenoidi (adenoidectomia)

Data	Clinica ove si effettua l'intervento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Firma

Luogo	Data	Persona assicurata o rappresentante legale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Per la CSSS

N° di pagamento collettivo:
prestazioni supplementari assicurazione ospedaliera R 8085.99