

SOLO PER USO INTERNO

Approvata da: _____ Data: _____

Respinta da: _____ Data: _____

Copertura assicurativa: _____ Assistenza sanitaria: Sì No

Servizi relativi a incidenti sul lavoro o altro tipo di infortunio: Sì No

Commenti: _____

Componenti della famiglia: _____ Livello FPG: _____ %FPG: _____

SCONTO (%): _____ SCONTO (\$): _____

Massima responsabilità del paziente: _____