

CONTO INDIVIDUALE DELLE SPESE EFFETTIVE

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 36, paragrafi 1 e 2; articolo 63, paragrafo 1; articolo 87, paragrafo 1
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 93, paragrafi 1, 2, 4 e 5; articolo 105, paragrafo 1

Il modulo deve essere redatto per un solo beneficiario della prestazione.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1. Fattura n. 1° semestre 2° semestre dell'esercizio finanziario 20.....

2. Istituzione competente destinataria

2.1 Denominazione:

2.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

2.3 Indirizzo:

3. Beneficiario della prestazione

3.1 Cognome(i) ⁽²⁾:

3.2 Cognome da nubile (se diverso):

3.3 Nome(i): Data di nascita:

3.4 Numero di identificazione personale ⁽³⁾:

a) concessa dall'istituzione competente
.....

b) concessa dall'istituzione creditrice
.....

3.5 La persona assicurata è

un lavoratore subordinato

un lavoratore autonomo

un lavoratore frontaliero (subordinato)

un lavoratore frontaliero (autonomo)

un lavoratore disoccupato

4. La persona di cui sopra ha ricevuto prestazioni sulla base del seguente documento:

4.1 Numero di tessera di assicurazione sanitaria europea: Data di scadenza:

Certificato provvisorio che sostituisce il numero di tessera di assicurazione sanitaria europea:
datato: valido dal..... al

Modulo E datato valido dal al

4.2 La persona sopra indicata
è stata sottoposta alla perizia medica richiesta il

5. Spese sostenute		Importo ⁽⁴⁾
5.1	Per prestazioni in natura corrisposte dal al
	a seguito di ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> incidente nella vita privata	
	<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro o malattia professionale	
5.2	Terapia medica
5.3	Cure ortodontiche
5.4	Farmaci
5.5	Ricovero ospedaliero dal al
	dal al
5.6	Altre prestazioni ⁽⁶⁾

5.7	Totale prestazioni in natura
5.8	Esami medici ⁽⁷⁾

5.9	Per prestazioni in denaro dal al
5.10	Totale delle spese

6. Istituzione creditrice	
6.1	Denominazione:
6.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
6.3	Indirizzo:

6.4	Timbro ⁽⁸⁾
	6.5 Data:
	6.6 Firma:

7. Spazio riservato ad uso dell'istituzione del paese competente

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Indicare le tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.
- (3) Se il beneficiario della prestazione è un familiare iscritto in base al modulo E 106, indicare il numero di identificazione personale della persona assicurata.
- (4) Indicare l'importo in valuta nazionale.
- (5) Se il modulo è destinato ad un'istituzione svizzera.
- (6) Indicare il tipo di prestazione: assistenza ostetrica, protesi dentarie, protesi ortopediche, cure termali, autoambulanza, mezzi diagnostici complementari, ecc.
- (7) Indicare la natura degli accertamenti sanitari (controlli ed esami) effettuati.
- (8) Non occorre il timbro per un modulo trasmesso e firmato per via elettronica.