

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. .... del .....<sup>1</sup> As^mestre .....<sup>2</sup> Asemestre ..... 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) <sup>(2)</sup>: .....

3.2 Cognome da nubile (se diverso): .....

3.3 Nome(i): ..... Data di nascita: .....

3.4 Numero di identificazione personale <sup>(3)</sup>:

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 <sup>(4)</sup>
5.1	<b>Per prestazioni in natura corrisposte</b> dal ..... al .....	.....
	a seguito di <sup>(5)</sup> <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 <sup>(6)</sup> .....	.....
	.....	.....
5.7	<b>Totale prestazioni in natura</b>	.....
5.8	<b>Esami medici <sup>(7)</sup></b> .....	.....
	.....	.....
5.9	<b>Per prestazioni in denaro</b> dal ..... al .....	.....
5.10	<b>Totale delle spese</b>	.....
	.....	.....

6. Istituzione creditrice	
6.1	Denominazione: .....
6.2	Numero di identificazione dell'istituzione: .....
6.3	Indirizzo: .....
	.....
6.4	Timbro <sup>(8)</sup> .....
	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.
-