

KORVAUSHAKEMUS

NIMI										
OSOITE						POSTINUMERO JA – PAIKKA				
HENKILÖTUNNUS						PUHELINNUMERO				
IBAN-tilinumero						BIC-pankkitunniste				
KUSTANNUKSET			SVL-MUKAINEN KORVAUS		KORVAUKSEN PERUSTE		KASSAN KORVAUS		OMAVASTUU- OSUUS	
	EUR	SNT	EUR	SNT	EUR	SNT	EUR	SNT	EUR	SNT
Lääkäripalkkiot 50%										
Lääkkeet 100%										
EK-lääkkeet 0%										
Tutkimus ja hoito 60%										
Sairaalan hoitopäivämaksut 100%										
Poliiklinikkamaksut 100%										
Päiväkirurgiamaksut 100%										
Terveyskeskusmaksut 100%										
Muut kulut 0%										
								OMAVASTUU		
								KORVATAAN		

HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

SELVITYS KUSTANNUKSIIN LIITTYVÄSTÄ SAIRAUDEN LAADUSTA

_____ . ____ / ____ 20____