Titolo

Cognome Nome

Indirizzo

NPA località

Luogo, data

**Richiesta di assunzione dei costi del trattamento di una** Wählen Sie ein Element aus. **per**

Cognome Nome, nata/o il data di nascita, indirizzo, NPA località

Wählen Sie ein Element aus.

Chiedo all’assicurazione malattie ……. di assumere i costi dei medicamenti per il trattamento della **Scegliere un elemento** della/del vostra/o assicurata/o innanzi citata/o.

Wählen Sie ein Element aus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nome del medicamento | Omologato da Swissmedic | Inserito nell’elenco delle specialità |
|  | Isoniazide USP (Labatec) | Sì | No |
|  | Isozid (Fatol) (più conveniente dell‘isoniazide USP) | No | No |
|  | Protionamide | No | No |
|  | Cicloserina | No | No |
|  | PAS (acido paraminosalicilico) | No | No |
|  | Capreomicina | No | No |
|  | Canamicina | No | No |
|  | Clofazimina | No | No |

Conformemente a quanto previsto dall’**art. 71b cpv. 1 o 2 OAMal** et tenendo conto dell’art. 71c, questi medicamenti sono rimborsati dall’assicurazione malattie e possono essere importati, se:

* l’impiego del medicamento costituisce un presupposto indispensabile per l’esecuzione di un’altra prestazione assunta dall’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e tale prestazione è chiaramente predominante; oppure
* l’impiego del medicamento promette un elevato beneficio terapeutico contro una malattia che può avere esito letale per l’assicurato o può provocare danni gravi e cronici alla sua salute e, a causa della mancanza di alternative terapeutiche, un altro trattamento omologato efficace non è disponibile.
* il medicamento è omologato per la corrispondente indicazione da uno Stato con un sistema di omologazione equivalente riconosciuto dall’Istituto

Queste condizioni sono ottemperate per .

La/Vi ringrazio/ringraziamo anticipatamente per un benevolo esame della nostra richiesta. Per informazioni più dettagliate non esiti/esitate a contattarci.

Cordiali saluti

Cliccare qui per immettere del testo