

Polizza 40013686

Modulo	In Rete		Fuori Rete		S.S.N.		Totale	
	Num sin	Costo	Num sin	Costo	Num sin	Costo	Num sin	Costo
INDENNITA' SOSTITUTIVA					5	2.749	5	2.749
INT.AMBULATORIALE					1	50	1	50
LENTI E OCCHIALI			38	7.971			38	7.971
ODONTOIATRIA	50	7.780	36	7.098			86	14.878
RICOVERO	5	39.958	4	19.599			9	59.557
VISITE E ACCERTAMENTI	252	25.204	134	12.971	25	1.121	411	39.296
Totale complessivo	307	72.941	212	47.640	31	3.920	550	124.501
Premi di competenza								180.431
SP								69%

