

Cod Num Pratica	Desc Messaggio
DW83-17-046756	Si prega di integrare con la scomposizione in fattura degli importi relativi alle singole prestazioni effettuate.
DW83-17-046756	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-17-047085	Prestazione rimborsabile solo se effettuata presso centri medici.
DW83-17-047375	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-17-048194	Prestazioni di prevenzione/controllo non previste da polizza.
DW83-17-049423	Prestazione non rimborsabile, la diagnosi di sovrappeso non e' considerata patologia
DW83-17-050007	Si prega di allegare la fattura completa, non solo il foglio del dettaglio delle prestazioni
DW83-17-049994	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-050730	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2. / Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-050730	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2. / Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-052200	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-17-052814	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-054847	Si prega di integrare modulo cure dentarie debitamente compilato dal medico dentista
DW83-17-056438	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-17-057004	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-17-060297	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2. / Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati.
DW83-17-061892	Si prega di integrare con la specifica da parte del medico, della patologia presunta o accertata che genera l'algia. Allegare referto medico attestante la patologia accertata.
DW83-17-061892	Si prega di integrare con la specifica da parte del medico, della patologia presunta o accertata che genera l'algia. Allegare referto medico attestante la patologia accertata.
DW83-17-062897	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-063753	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-064201	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati.Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-17-066145	Prestazione non prevista dalla garanzia di polizza.
DW83-17-068638	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-17-071211	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-071989	Si prega di integrare con la scomposizione dei costi delle prestazioni fatturate.
DW83-17-072934	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-17-073130	Si prega di integrare con fattura completa e leggibile in ogni sua parte
DW83-18-073684	Si prega di integrare con fattura completa e leggibile in ogni sua parte.Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-18-074969	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-075497	Si prega di allegare il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-18-075837	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-075837	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-075837	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-075983	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati e modello delle cure dentarie compilato
DW83-18-076213	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-076134	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati.
DW83-18-077741	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-080066	Si prega di integrare con la fattura mancante.

DW83-18-080530	Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-081119	Si prega di integrare con la specifica da parte del medico, della patologia presunta o accertata che genera il dolore. Allegare referto medico attestante la patologia accertata.
DW83-18-082729	Si prega di integrare con la cartella clinica completa.
DW83-18-082420	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati. / Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-075983_A	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati.
DW83-18-083718	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati.
DW83-18-080530_A	Il documento e' gia' stato presentato per il rimborso (assistito) - pratica CR283829612017 (DIRETTA)
DW83-18-085377	Prestazioni post ricovero rimborsabili solo entro i 100 giorni dopo le dimissioni
DW83-18-085906	Si prega di inserire il sinistro correttamente, manca documentazione di spesa
DW83-18-085906	Si prega di inserire il sinistro correttamente, manca documentazione di spesa
DG83GM040442008	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni fatturate (DEGENZA E MATERIALI) al fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DG83GM040442008	Copia cartella clinica non rimborsabile
DW83-18-086606	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-086621	Si prega di integrare con il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-18-086626	Si prega di integrare con il modulo delle cure dentarie compilato.
DW83-18-086681	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta. Si prega di integrare con marca da bollo da Euro 2.
DW83-18-086836	Si prega di integrare con marca da bollo da 2 euro.
DW83-18-086824	Si prega di integrare con documento di spesa completo.
DW83-18-087779	Si prega di integrare con marca da bollo da 2 euro.
DW83-18-090776	Si prega di integrare con lettera di dimissioni e cartella clinica completa o referto ambulatoriale relativi all'intervento effettuato.
DW83-18-090762	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-091152	Si prega di integrare con scomposizione degli importi fatturati da parte della struttura. Si prega di integrare con il referto relativo alla crioterapia.
DW83-18-092571	Prestazione non rimborsabile da polizza.
DW83-18-092574	Si prega di integrare con marca da bollo da 2 euro.
DW83-18-092604	Si prega di integrare con referto dell'intervento ambulatoriale effettuato.
DW83-18-092975	Si prega di integrare con referto dell'intervento ambulatoriale effettuato.
DW83-18-093847	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-093971	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-094374	Fisioterapia rimborsabile solo se eseguita e fatturata da Centri Medici dotati di direttore sanitario.
DW83-18-094759	Prestazione non rimborsabile dal piano sanitario. Prestazioni post intervento non indennizzato dalla presente assicurazione
DW83-18-094554	Si prega di integrare con relazione medica della prestazione eseguita e il referto dell'esame istologico
DW83-18-096088	Si prega di integrare con relazione medica della prestazione eseguita e il referto dell'esame istologico
DW83-18-096195	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-096203	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-096204	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-096088	Si prega di integrare con relazione medica della prestazione eseguita e il referto dell'esame istologico
DW83-18-095962	Si prega di integrare con prescrizione con patologia attuale o con esenzione 048 oppure tesserino di esenzione in corso di validita'.
DW83-18-096774	Si prega di integrare con relazione medica della prestazione eseguita
DW83-18-097296	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-097296	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato

DW83-18-097296	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-097296	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-097296	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-098436	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata
DW83-18-098566	Prestazione non rimborsabile dal piano sanitario. Patologia rientrante nelle esclusioni
DW83-18-099343	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-099970	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-101074	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-101394	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-101436	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-101403	Prestazione non rimborsabile dal piano sanitario.
DW83-18-102197	Si prega di integrare con cartella clinica completa o la relazione medica dell'intervento ambulatoriale eseguito
DW83-18-102197	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata. Manca marca da bollo
DW83-18-102629	Fisioterapia rimborsabile solo se eseguita e fatturata da Centri Medici dotati di direttore sanitario.
DW83-18-102592	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-102752	Si prega di caricare il sinistro con la documentazione corretta rispetto ai dati inseriti
DW83-18-094554_A	Si prega di integrare con il referto dell'esame istologico
DW83-18-103557	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-103684	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-104025	Si prega di integrare con la specifica del medico della patologia presunta o accertata che genera l'astenia
DW83-18-104404	Si prega di integrare con il modulo CASSARBM DENTARIO debitamente compilato
DW83-18-105620	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-106749	Prestazione non rimborsabile dal piano sanitario. Logopedia non prevista dal piano
DW83-18-106548	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-106540	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata. Quanto indicato non identifica uno stato patologico
DW83-18-107042	Si prega di integrare con la specifica del medico della patologia presunta o accertata che genera l'astenia
DW83-18-106977	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata. Quanto indicato non identifica uno stato patologico
DW83-18-107989	Si prega di integrare con documento di spesa fiscalmente valido
DW83-18-107981	Il documento e' gia' stato presentato per il rimborso (assistito) - pratica DW83-18-080066_A (INDIRETTA)
DW83-18-102197_A	Si prega di integrare con la documentazione richiesta.
DW83-18-102197_A	Si prega di integrare con la documentazione richiesta.
DW83-18-108833	Terapie rimborsabili solo se effettuate in un centro medico dotato di direttore sanitario.
DW83-18-109715	Si prega di integrare con la specifica del medico della patologia presunta o accertata che genera l'algia.
DW83-18-094554_B	Interventi chirurgici a fini estetici non sono previsti dal piano sanitario.
DW83-18-102197_B	Si prega di integrare con cartella clinica completa
DW83-18-102197_B	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-101074_A	Si prega di integrare con documentazione mancante
DW83-18-110933	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata. Si prega di integrare con documento di spesa interamente leggibile
DW83-18-113178	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-113430	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-095962_A	Si prega di integrare con prescrizione con patologia attuale o con esenzione 048 oppure tesserino di esenzione in corso di validita'.
DW83-18-114794	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.

DW83-18-115906	Si prega di integrare con documento di spesa comprensivo di marca da bollo
DW83-18-116641	Si prega di integrare con documento di spesa
DW83-18-117297	Importo massimale superato (Massimale: 600.00)
DW83-18-117400	Prestazione non rimborsabile dal piano sanitario. Prestazione rientrante nelle esclusioni
DW83-18-117243	Importo massimale superato (Massimale: 600.00)
DW83-18-118765	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata
DW83-18-120518	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata relativa alla prestazione effettuata
DW83-18-123921	Prestazione non rimborsabile dal piano sanitario. Prestazione ai fini estetici non sono ricomprese
DW83-18-124991	Si prega di integrare con scomposizione in fattura degli importi unitari delle singole prestazioni effettuate ai fini della corretta applicazione di scoperti e franchigie.
DW83-18-125330	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata
DW83-18-127406	Importo massimale superato (Massimale: 600.00)
DW83-18-128055	Si prega di integrare con la prescrizione medica o referto con indicazione del quesito diagnostico o della diagnosi.
DW83-18-128063	Si prega di integrare con l'applicazione della marca da bollo in fattura. Si prega di integrare con una copia interamente leggibile dei documenti allegati. I documenti sono troppo sfocati.
DW83-18-127729	Si prega di integrare con la prescrizione medica o referto con indicazione del quesito diagnostico o della diagnosi.
DW83-18-128230	Si prega di integrare con una copia interamente leggibile dei documenti allegati (numero, data ed importo fattura poco visibili).
DW83-18-128302	Importo massimale superato (Massimale: 1500.00)
DW83-18-130604	Si prega di integrare con il relativo referto medico.
DW83-18-130605	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-130314	Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni svolte.
DW83-18-131717	Si prega di integrare con il relativo referto riportante la patologia accertata. La prescrizione medica non puo' essere emessa dallo stesso medico che effettua la prestazione.
DW83-18-132083	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi delle singole prestazioni effettuate. Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni svolte, con la fattura a saldo.
DW83-18-132164	Si prega di integrare con il relativo referto medico o far vidimare la correzione dal medico prescrittore.
DW83-18-132882	Si prega di integrare con il relativo referto medico.
DW83-18-132732	Si prega di integrare con il relativo referto medico.
DW83-18-133034	Si prega di integrare con l'applicazione della marca da bollo in fattura.
DW83-18-133034	Si prega di integrare con quanto chiesto sopra.
DW83-18-133018	Si prega di integrare con l'applicazione della marca da bollo in fattura.
DW83-18-133336	Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni svolte.
DW83-18-133290	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-133290	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-133290	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-133293	Si prega di integrare con l'indicazione della patologia. La patologia, se presente, non e' di facile lettura.
DW83-18-133288	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-133285	Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni svolte e con la fattura a saldo.
DW83-18-133880	Si prega di integrare con il referto dell'esame istologico. Si prega di integrare con la relazione medica relativa alla biopsia effettuata.
DW83-18-133852	Non rimborsabile in quanto inferiore alla franchigia minima prevista di 750 Euro
DG83GM043601028	Si prega di integrare con la copia completa della cartella clinica.
DG83GM043601028	Si prega di integrare con quanto chiesto sotto.
DW83-18-134601	Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso inserendo correttamente il codice capitolo della prestazione chiesta a rimborso.
DW83-18-132457_A	Si prega di integrare con il relativo referto medico.
DW83-18-132457_A	Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni svolte.
DW83-18-133336_A	Il documento e' gia' stato presentato per il rimborso (assistito) - pratica DW83-17-066195
DW83-18-134988	Il documento e' gia' stato presentato per il rimborso (assistito) - pratica CR283766692017 (DIRETTA)

DW83-18-134797	Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso inserendo correttamente il codice capitolo della prestazione chiesta a rimborso. Si prega di integrare con l'indicazione della patologia. La patologia, se presente, non e' di facile lettura.
DW83-18-134843	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi delle singole prestazioni effettuate.
DW83-18-134814	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-134895	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera l'algia.
DW83-18-134838	Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso inserendo correttamente il codice capitolo della prestazione chiesta a rimborso.
DW83-18-135205	Si prega di integrare con l'indicazione della patologia. La prescrizione medica e' priva di patologia.
DW83-18-135415	Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso inserendo correttamente il codice capitolo della prestazione chiesta a rimborso.
DW83-18-135236	Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso inserendo correttamente il codice capitolo della prestazione chiesta a rimborso. Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni svolte.
DW83-18-135287	Le prestazioni effettuate per normali eventi fisiologici non sono rimborsabili.
DW83-18-135287	Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso inserendo correttamente il codice capitolo della prestazione chiesta a rimborso.
DW83-18-135287	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-135703	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi riportati in fattura.
DW83-18-132457_C	Si prega di integrare con il referto di ciascuna prestazione effettuata
DW83-18-135812	Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo
DW83-18-135989	Si prega di integrare con l'apposito modulo compilato e firmato dall'odontoiatra
DW83-18-135864	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta. Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo
DW83-18-136017	Si prega di integrare con documento provvisto di marca da bollo.
DW83-18-135964	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-136000	Si prega di integrare con l'apposito modulo compilato e firmato dall'odontoiatra
DW83-18-136183	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta. Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo
DW83-18-136222	Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo
DW83-18-136540	Si prega di integrare con documento di spesa
DW83-18-133285_A	Si prega di integrare con l'apposito modulo
DW83-18-137126	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante patologia sospetta o accertata
DW83-18-137209	Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo
DW83-18-134814_A	Prestazione non prevista da polizza. I trattamenti fisioterapici devono essere effettuate esclusivamente presso Centri Medici.
DW83-18-137655	Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo
DW83-18-137900	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi riportati in fattura.
DW83-18-137962	Accertamenti in gravidanza non previsti da polizza
DW83-18-138292	Prestazione non prevista da polizza
DG83GM043601028_A	Prestazione collegata a ricovero non indennizzabile
DG83GM043601028_A	Prestazione non indennizzabile in quanto rientra nelle esclusioni di polizza.
DW83-18-138640	Prestazione non prevista da polizza
DW83-18-138607	Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo. Si prega di integrare con prescrizione medica attestante patologia sospetta o accertata.
DW83-18-137126_A	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-140212	Si prega di integrare con prescrizione medica, che richiada le prestazioni richieste a rimborso, firmata dal medico e che riporti il nominativo dell'assistita.
DW83-18-140731	Si prega di integrare con dettaglio in fattura delle prestazioni effettuate.
DW83-18-141064	Si prega di integrare con il modulo di rimborso reperibile sul sito.
DW83-18-132083_A	Si prega di integrare con il modulo di rimborso completamente compilato dalla struttura, reperibile sul sito http://www.anac.cassarbmsalute.it
DW83-18-141238	Prestazione non prevista ai sensi di polizza. La polizza prevede il rimborso della terapia farmacologica e non degli integratori
DW83-18-141512	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.

DW83-18-141894	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-141942	Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni effettuate (foglio di prenotazione)
DW83-18-143221	Si prega di integrare con il dettaglio delle prestazioni effettuate (foglio di prenotazione)
DW83-18-143510	Si prega di integrare con prescrizione medica attestante patologia sospetta o accertata
DW83-18-143510	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-143376	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-18-144015	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta. Si prega di integrare con timbro della struttura/del professionista leggibile.
DW83-18-144529	Importo massimale raggiunto (Massimale: 600.00)
DW83-18-144502	Si prega di integrare con modulo di rimborso spese odontoiatriche debitamente compilato dall'odontoiatra.
DW83-18-144530	Importo massimale raggiunto (Massimale: 600.00)
DW83-18-144667	Si prega di integrare con marca da bollo da euro 2,00.
DW83-18-144988	pratica respinta su richiesta dell'assistito
DW83-18-145010	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi fatturati. Si prega di integrare con marca da bollo da euro 2,00.
DW83-18-146039	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-146356	Si prega di integrare con copia della cartella clinica completa di ogni pagina.
DW83-18-146638	Importo massimale superato (Massimale: 1500.00)
DW83-18-146445	Si prega di integrare con marca da bollo da euro 2,00.
DW83-18-147134	Farmaci previsti solo se successivi al ricovero
DW83-18-147241	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-18-147664	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-147729	Si prega di integrare con il referto dell'esame istologico
DW83-18-148388	Si prega di integrare con lo scorporo dell'importo riportato in fattura
DW83-18-148262	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-148264	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-143221_A	Si prega di integrare con documentazione dalla quale si evinca le prestazioni effettuate ed in quale regime
DW83-18-149061	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-149061	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-148904	Si prega di integrare con indicazioni da parte della struttura del professionista che ha effettuato le prestazioni. Si ricorda che possono essere liquidate le prestazioni fisioterapiche solo se effettuate presso Centri medici dotati di direttore sanitari
DW83-18-148944	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-149294	Si prega di integrare con il modulo di rimborso completamente compilato dalla struttura, reperibile sul sito http://www.anac.cassarbmsalute.it
DW83-18-149879	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-150162	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-146039_A	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-150945	Prestazione liquidabile solo se fatturata da centro medico dotato di direttore sanitario
DW83-18-151981	Prestazione non prevista da polizza. La polizza prevede la liquidazione delle protesi e non delle ortesi
DW83-18-152436	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-132083_C	Pratica evasa precedentemente. Vedi pratica DW83-18-132083_B
DW83-18-153185	Si prega di integrare con la scomposizione degli importi riportati in fattura. Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-153184	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-153180	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-153182	Si prega di integrare con prescrizione medica o referto attestante la patologia accertata o presunta.
DW83-18-148944_A	Si prega di integrare con prescrizione attestante patologia inerente alla prestazione effettuata. Follow up non indica una patologia in atto o sospetta.
DW83-18-148388_A	Si prega di integrare con documento di quietanza modificato, vidimato e timbrato dalla struttura
DW83-18-148904_A	Si prega di integrare con documento di spesa provvisto di marca da bollo

DW83-18-146356_A	Si prega di integrare con la copia completa della cartella clinica. Si prega di caricare una nuova domanda di rimborso caricando tutte le fatture presenti all'interno di questa pratica.
DW83-18-155942	Si prega di integrare con la relativa prescrizione medica.
DW83-18-155942	Si prega di integrare con la prescrizione medica o referto con indicazione del quesito diagnostico o della diagnosi.
DW83-18-157874	Si prega di integrare con prescrizione medica che non sia postdatata rispetto all'effettuazione della prestazione.
DW83-18-159014	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-18-158990	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-18-159015	La polizza prevede la liquidazione delle visite effettuate da medici specialisti
DW83-18-163689	Si prega di integrare con la prescrizione medica attestante il quesito diagnostico e/o la diagnosi o il referto medico della prestazione fatturata
DW83-18-153182_A	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-18-164964	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-165650	Si prega di integrare con cartella clinica completa. Si prega di inserire una riga per ogni prestazione portata a rimborso
DW83-18-144502_A	Si prega di integrare con modulo compilato e firmato dalla struttura. Modulo reperibile sul sito www.ana.cassarbmsalute.it
DW83-18-170221	Si prega di integrare con copia cartella clinica completa.
DW83-18-171550	Si prega di integrare con la prescrizione medica in cui si evinca la patologia che genera il sintomo.
DW83-18-165650_A	Si prega di integrare con cartella clinica completa. Si prega di inserire on line una riga per ogni prestazione portata a rimborso
DW83-19-183757	SI PREFE DI INTEGRARE CON REFERTO DELLA PRESTAZIONE EFFETTUATA. LA SOLA FATTURA NON E' SUFFICIENTE AI FINI LIQUIDATIVI
DW83-19-183761	SI PREGA DI INTEGRARE CON REFERTO DELLA PRESTAZIONE EFFETTUATA CONTENENTE LA DIAGNOSI. LA SOLA FATTURA NON E' SUFFICIENTE AI FINI LIQUIDATIVI
DW83-19-187881	si prega di integrare con prescrizione o referto attestante la patologia in atto
DW83-19-187881	si prega di integrare con prescrizione o referto attestante la patologia in atto
DW83-19-187881	si prega di integrare con prescrizione o referto attestante la patologia in atto.
DW83-19-187881	si prega di integrare con prescrizione o referto attestante la patologia in atto
DW83-19-187824	si prega di integrare con referto della prestazione effettuata attestante la patologia. inoltre, la fattura deve essere leggibile in ogni sua parte e deve avere il bollo da euro 2.
DW83-19-187810	si prega di integrare con referto della visita attestante la patologia in atto. inoltre, si prega di integrare con fattura con marca da bollo.
DW83-19-187794	si prega di integrare con referto della prestazione effettuata. inoltre, e' necessario apporre il bollo da euro 2 in fattura
DW83-19-187853	si prega di integrare con referto della prestazione attestante la patologia in atto.
DW83-19-187817	Non disponibile: spazi ecc.
DW83-19-187810	si prega di integrare con referto della visita attestante la patologia in atto. inoltre, si prega di integrare con fattura con marca da bollo
DW83-18-134843_A	Non disponibile: spazi ecc.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DG83GM047688010	prestazione non rimborsabile in quanto alla data dell'evento principale (ricovero), l'assistito non era in copertura.
DW83-19-195771	Si prega di ripresentare la richiesta di rimborso, caricando una riga per ogni documento di spesa.
DW83-18-170221_A	In attesa di consulenza medica.
DW83-19-208745	Si prega di integrare con referto dell'intervento o cartella ambulatoriale ed eventuale referto dell'esame istologico.
DW83-19-210963	Si prega di integrare con nome e specializzazione del medico che ha effettuato la visita.
DW83-19-228817	Il documento e' gia' stato presentato per il rimborso - pratica DW83-18-160846
DW83-19-228821	Il documento e' gia' stato presentato per il rimborso - pratica DW83-18-160846
DW83-19-236800	Prestazione non rimborsabile, in quanto il documento di spesa e' privo della marca da bollo da 2 euro.
DW83-19-236799	Si prega di ripresentare la domanda allegando il referto dell'intervento