



Richiesta dispositivi medici/farmaci
a base di acido ialuronico
non rimborsabili SSR

Codice: MODFARM39

Data: 1 ottobre 2019

Rev 2

Spett.le

SERV. FARMACIA OSPEDALIERA

SEDE DI _____

Data _____

Reparto/Servizio _____

CdC _____

**Richiesta di dispositivi medici/farmaci
a base di acido ialuronico non rimborsabili SSR**

descrizione	Importo comprensivo di IVA a carico del pz	N° di siringhe richieste
Fornitura HYALGAN 20mg/2ml sir	€ 8,83	
Fornitura HYALUBRIX 60mg 1SIR	€ 35,21	
Fornitura HYMOVIS 1SIR	€ 129,79	
Fornitura JONEXA 1SIR	€ 93,60	
Fornitura SINOVIAL ONE 1SIR	€ 35,09	
Fornitura SYNVISIC INTRA-ART 1SIR	€ 49,49	

Si allega per ogni siringa richiesta copia della quietanza di pagamento effettuato dal paziente.

IL MEDICO PROPONENTE
