

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

	N° DOCUMENTO (fattura, ricevuta, ticket)	ENTE EMITTENTE	DATA	IMPORTO																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

Totale richiesto:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROSPETTO INFORMATIVO IN CASO DI RICOVERO

Il presente prospetto deve essere compilato in caso di richieste di rimborso per spese connesse ad interventi di cui all'art. 10 alinea 3, dell'Appendice n. 1 allo Statuto, ovvero in caso di richiesta di indennità giornaliera (diaria).

I giustificativi delle spese sanitarie inerenti la retta di degenza (escluse quelle concernenti il confort o i bisogni non essenziali) e ai diritti di sala operatoria devono essere inviate unitamente alla cartella clinica relativa alla degenza.

PERIODO DI DEGENZA:
(risultante dalla cartella clinica) dal _____ al _____

BARRARE IN CASO DI PAGAMENTO DIRETTO A CURA DI PREVIMEDICAL DELLE SPESE RELATIVE AL RICOVERO CON INTERVENTO (compresi od esclusi onorari equipe medica)

EVENTUALI ANNOTAZIONI ESPLICATIVE:

Il sottoscritto dichiara:

- di liberare dal segreto professionale quanti lo hanno tenuto in cura;
- di essere a conoscenza delle disposizioni che regolamentano le prestazioni della Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi;
- che l'assistito, per il quale è richiesto il rimborso, possiede i requisiti necessari per beneficiare delle prestazioni della "Cassa";
- che la "Cassa" ha facoltà di far compiere accertamenti, anche di natura medica, al fine di verificare la fondatezza e la regolarità delle richieste di rimborso di spese sanitarie.

Il sottoscritto autorizza inoltre la "Cassa", nell'eventualità di errata liquidazione o di rimborso non dovuto, a rivalersi addebitando il corrispettivo delle prestazioni disponendo l'addebito nei propri confronti, ove previsto per il tramite della Società di appartenenza.

DATA _____ FIRMA ASSISTITO _____
(dipendente/esodato o familiare per il quale è richiesto il rimborso; se minore è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà)

DATA _____ FIRMA ISCRITTO/ADERENTE (se persona diversa dall'assistito) _____

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari della Cassa, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

DATA _____ FIRMA ASSISTITO _____

(dipendente/esodato o familiare per il quale è richiesto il rimborso; se minore è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà).

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Cure, chirurgia orale e protesi dentarie *(di pertinenza esclusiva degli Iscritti in servizio)*

EFFETTUATE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

- giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture A.s.l.)

EFFETTUATE PRIVATAMENTE

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)
- Il "Dettaglio delle prestazioni odontoiatriche eseguite" sottoscritto dal medico dentista
- in caso di infortunio, certificato medico del pronto soccorso attestante la natura e la data dell'infortunio

***Accertare che il documento riporti la dicitura "TICKET" o "CONTRIBUTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" o similari**

N.B.: Per ottenere i rimborsi relativi a cure odontoiatriche è necessario inoltre compilare il "Dettaglio delle prestazioni odontoiatriche eseguite" che deve essere sottoscritto dal medico dentista che ha effettuato le prestazioni sanitarie (scheda alla pagina che segue).

