

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE
di esclusiva pertinenza della Gestione relativa agli iscritti/aderenti in Servizio
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuno assistito)

Il presente modulo, completo dei documenti originali di spesa, deve essere trasmesso al seguente indirizzo:
Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi/Previmedical S.p.A., via Gioberti 33, 31021 Mogliano Veneto (TV),

COGNOME e NOME ISCRITTO/ADERENTE: _____

Numero matricola: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

GESTIONE ISCRITTI/ADERENTI IN SERVIZIO
dipendente/esodato da (indicare società di appartenenza) _____

COGNOME e NOME DELL'ASSISTITO (dipendente/esodato o familiare per il quale si richiede il rimborso):

_____ Nato il: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Titolari di altre coperture sanitarie: sì no

Compagnia: _____

DATI AGGIUNTIVI - compilare solo in caso di variazione

Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| per ricevere, tramite sms, le informazioni previste dal servizio "SEGUI LA TUA PRATICA"

Riservato agli iscritti/aderenti assenti di lunga durata o in esodo per la restituzione della documentazione

Via _____ n. _____ città _____ (___)

Tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| e_mail _____@_____

AVVERTENZE

Istruzioni per la compilazione:

La presente richiesta, compilata in ogni sua parte, deve essere sottoscritta dall'iscritto/aderente in servizio o in esodo ed i giustificativi di spesa allegati devono essere trasmessi in originale **unitamente alla scheda - sottoscritta dal medico dentista - contenente il dettaglio delle prestazioni odontoiatriche eseguite.**

Compilare una richiesta per ogni assistito indipendentemente dalla patologia.

Utilizzare una sola busta per più richieste di rimborso relative ai componenti dello stesso nucleo familiare.

Le spese sanitarie sostenute possono essere inoltrate per il rimborso ogni qualvolta raggiungano almeno l'importo di € 30, anche sommando diverse richieste riferite allo stesso nucleo familiare da inserire nella medesima busta. Le richieste di importo inferiore devono essere inviate a partire dal mese di ottobre dell'anno cui si riferiscono i giustificativi di spesa.

Termini di pervenimento delle domande di rimborso:

- entro il 31 dicembre dell'anno cui si riferiscono i giustificativi di spesa con rimborso a valere sui massimali dell'anno medesimo, con le modalità di cui all'art. 14 APP. 1 allo Statuto;
- dal 1° gennaio ed entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello cui si riferiscono i giustificativi di spesa con rimborso a valere sui massimali dell'anno successivo, a saturazione dei massimali dell'anno precedente, con le modalità di cui all'art. 14 APP.1 allo Statuto.

La documentazione che perviene oltre il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo a quello cui si riferiscono i giustificativi di spesa non dà luogo a rimborsi, fatta salva la scadenza del 30 giugno dell'anno successivo utile unicamente per la rappresentazione regolarizzata di pratiche respinte.

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).

DETTAGLIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ESEGUITE
COGNOME e NOME ISCRITTO/ADERENTE: _____

Numero matricola: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATI ASSISTITO cui sono state eseguite le prestazioni di seguito dettagliate:

COGNOME _____ **NOME** _____

COD	PRESTAZIONE
A920B_0	Visita orale, visita specialistica
A920C_0	Igiene orale
A920D_0	Radiologia
A920E_0	Conservativa
A920F_0	Paradontologia

COD	PRESTAZIONE
A920G_0	Endodonzia
A920H_0	Chirurgia orale
A920I_0	Protesi fisse e/o rimovibili
A920J_0	Ortognatodonzia
A920K_0	Implantologia

Schema numerico dentale

ARCATA DX SUPERIORE I QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
ARCATA DX INFERIORE IV QUADRANTE							

ARCATA SX SUPERIORE II QUADRANTE							
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
ARCATA SX INFERIORE III QUADRANTE							

Elenco delle prestazioni

Codice	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data di compilazione _____ Timbro e Firma del medico dentista _____