

MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

(UTILIZZARE UN MODULO PER CIASCUNA PERSONA)

Il/La sottoscritto/a Socio in servizio Socio non in servizio Data ___/___/___

SOCIO _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE

secondo le norme vigenti e come di seguito specificato, per sé o per il familiare sotto specificato

FAMILIARE _____ CODICE FISCALE _____

prestazioni	euro	prestazioni	euro
01 - VM Visite mediche (v. nomenclatore)		49 Preparazioni Galeniche (in ASA)	
01 - AD Accertamenti diagnostici		04-SO Spese odontoiatriche (allegare mod. DEN- scheda cure dentarie)	
01 - SP Sedute psicoterapiche (v. nomenclatore)		04-CE Spese odontoiatriche - Lunga durata (allegare mod. DEN – scheda cure dentarie)	
16 Ticket visite e accertamenti diagnostici		5 Interventi chirurgici (esclusi i Grandi Interventi Chirurgici - cod. 99)	
01-TC tamponi Covid-19		5 PMA e crioconservazione staminali (in ASA)	
47 Visite previste solo in ASA (v. nomenclatore)		7 Occhiali e lenti (si consiglia allegare scheda occhiali e lenti)	
02 - MG Trattamenti e terapie per situazioni gravi (v. nomenclatore)		8 Protesi, ausili e presidi	
02 - TR Trattamenti e terapie (v. nomenclatore)		50 Dispositivi medici a marcatura CE (in ASA)	
02 - DI Rieducazione alimentare		20 Assistenza infermieristica	
02 - CT Cure Termali		21 Assistenza socio-sanitaria	
17 Ticket trattamenti e terapie		23 Rette in casa di riposo o in strutture di lungo degenza	
48 Terapie e prestazioni (in ASA v. nomenclatore)		26 Rette di degenza	
03-PA Medicinali (allegare mod. FAR) solo per situazioni gravi		35 Ambulanza o elimambulanza (solo ASA)	
03-PO Medicinali - prodotti omeopatici (allegare mod. FAR) solo per situazioni gravi		99 Grandi Interventi chirurgici	
51 Medicinali e omeopatici liquidabili solo in ASA		TOTALE	

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del S.S.N.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA PER LE STESSA SPESE PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
COMPAGNIA / FONDO / CASSA _____	E L'IMPORTO LIQUIDATO _____		

Dichiarazione di copie conformi agli originali: Il sottoscritto richiedente, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art. 76 del DPR445/2000 dichiara che la/le copia/e fotostatica/he del/i documento/i di spesa allegato/i alla presente domanda di rimborso è/sono IDENTICA/HE all'/agli originale/i in suo possesso. Accetto che il FAS possa richiedere il/i documento/i originale/i per eventuali controlli e verifiche.



Firma del Socio richiedente _____

Consenso privacy per il trattamento dei dati particolari

Dichiaro di aver letto e compreso chiaramente l'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (pubblicata sul sito welfare Banco Popolare, sezione Assistenza Sanitaria, Fondo Assistenza, Privacy) e con riferimento al trattamento dei dati particolari miei in quanto Socio e degli eventuali familiari beneficiari sia maggiorenni, sia minorenni o sottoposti a tutela in qualità di aventi diritto alle prestazioni del Fondo Assistenza, confermo di prestare il consenso al trattamento e alla loro comunicazione all'Associazione e ai soggetti indicati nell'informativa nonché, in merito ai dati relativi ai beneficiari, alla comunicazione dei dati particolari ad essi afferenti al Socio al fine ottenere il rimborso delle relative prestazioni.



ATTENZIONE

Firma per consenso della persona intestataria delle spese sanitarie (se minore, firma del Socio) _____

NON ALLEGARE PIÙ DI 5 DOCUMENTI DI SPESA PER OGNI MODULO