

**FAS**

FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

Arena

NUOVA AREA RISERVATA SOCIO FAS



INDICE

<u>AREA RISERVATA ISCRITTO: ACCESSO</u>	<u>pag 4</u>
<u>AREA RISERVATA: ACCESSO – RECUPERA PASSWORD</u>	<u>pag 5</u>
<u>AREA RISERVATA SOCIO: HOME PAGE PARTE ALTA</u>	<u>pag 7</u>
<u>AREA RISERVATA SOCIO: HOME PAGE PARTE BASSA</u>	<u>pag 8</u>
<u>VISUALIZZARE L'ELENCO DELLE PROPRIE PRATICHE</u>	<u>pag 9</u>
<u>VISUALIZZARE LE PRATICHE DEGLI ANNI PRECEDENTI</u>	<u>pag 11</u>
<u>INSERIMENTO RICHIESTA DI RIMBORSO</u>	<u>pag 13</u>
<u>DATI E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE DEL DOCUMENTO DI SPESA</u>	<u>pag 14</u>
<u>TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI «SOTTO AD OGNI BOTTONE»</u>	<u>pag 15</u>
<u>ASSOLVIMENTO: TICKET O PRIVATO</u>	<u>pag 17</u>
<u>INSERIMENTO QUESITO DIAGNOSTICO (FACOLTATIVO)</u>	<u>pag 18</u>
<u>SELEZIONE DELLA PRESTAZIONE E INSERIMENTO IMPORTO</u>	<u>pag 19</u>
<u>INSERIMENTO IMPORTO PRESTAZIONE: ALTRI INDENNIZZI?</u>	<u>pag 20</u>

INDICE

<u>CARICAMENTO DOCUMENTO DI SPESA</u>	<u>pag 21</u>
<u>CARICAMENTO (ALLEGARE) DOCUMENTO DI SPESA O ALTRO</u>	<u>pag 22</u>
<u>AGGIUNGERE UNA NUOVA PRESTAZIONE PER LO STESSO EVENTO? SI/NO</u>	<u>pag 23</u>
<u>A) EVENTO MULTI-PRESTAZIONE: STESSO DOCUMENTO DI SPESA</u>	<u>pag 24</u>
<u>B) EVENTO MULTI-PRESTAZIONE: NUOVO DOCUMENTO DI SPESA</u>	<u>pag 26</u>
<u>C) RICHIESTA DI RIMBORSO QUASI «COMPLETATA»</u>	<u>pag 28</u>
<u>ASA E CONDIZIONI «SINE QUA NON»</u>	<u>pag 29</u>
<u>INSERIMENTO RICHIESTA DI RIMBORSO: FINE</u>	<u>pag 30</u>
<u>ELIMINARE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO</u>	<u>pag 31</u>
<u>UTILITÀ</u>	<u>pag 33</u>

AREA RISERVATA ISCRITTO: ACCESSO

Dall'home page del sito del FAS
<https://www.fondoassistenzagruppobp.it/>,
cliccando nel box



il tasto **ACCESSO AREA RISERVATA** si verrà
ricondotti alla pagina di login dedicata

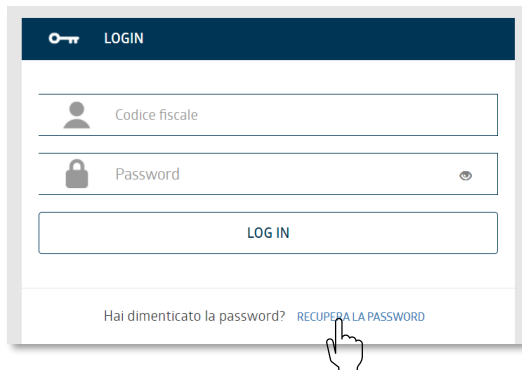
Inserire il proprio Codice Fiscale
(CAPONUCLEO) e la propria Password,
cliccare sul tasto **LOG IN**.

Se tutto è corretto si aprirà l'home-page
della propria Area Riservata

Pagina di accesso «log in» all'Area Riservata

AREA RISERVATA: ACCESSO – RECUPERA PASSWORD

1) Cliccare «Recupera Password»



LOGIN

Codice fiscale

Password

LOG IN

Hai dimenticato la password? [RECUPERA LA PASSWORD](#)

2) Cliccare «Accetta»



Prima di proseguire con la funzionalità richiesta, è necessario accettare le [privacy policies](#)

Nel caso in cui non vengano accettate le suddette condizioni, non sarà possibile usufruire del servizio di recupero della password.

ACCETTA

3) Inserire il proprio Codice Fiscale (Capo-nucleo), spuntare la casella «non sono un robot» scegliere dove ricevere il messaggio per il reset e cliccare «Recupera Password»



Hai smarrito la tua password?

In questa sezione hai la possibilità di ricevere una nuova password di accesso all'area riservata

Codice fiscale socio

Scegli come ricevere il messaggio

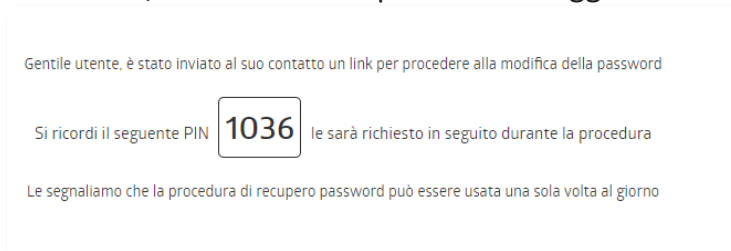
☒ E-Mail ☐ SMS

☒ Non sono un robot

reCAPTCHA
Privacy - Termini

RECUPERA PASSWORD

4) Annotarsi/memorizzare il pin del messaggio



Gentile utente, è stato inviato al suo contatto un link per procedere alla modifica della password

Si ricordi il seguente PIN **1036** le sarà richiesto in seguito durante la procedura

Le segnaliamo che la procedura di recupero password può essere usata una sola volta al giorno

AREA RISERVATA: ACCESSO – RECUPERA PASSWORD

5) Cliccare sul link dell'email ricevuta per inserire una nuova password personale

[INTERNET_MAIL]-PREVIMEDICAL - Nuova Password di accesso area riservata

 noreply@previmedical.it
A 05034 08396 - WELFARE FAS.GRUPPOB

  Rispondi  Rispondi a tutti  Inoltra  

mercoledì 10/04/2024 14:59

Gentile Cliente,

Le chiediamo gentilmente di confermare la sua richiesta tramite il link qui di seguito riportato, sarà reindirizzato al form di cambio password.

[https://urldefense.com/v3/https://webab.previmedical.it/arena-bancopopolare/login.html*/pasrecover?denLogin=PDNRNN70P53B201K&otp=kk6cyLffaSgbK7w&pinRequired=TRUE;:wllMfVezAQMxglnebDEvV6RNY7Z9cHKjll11AnY_QO4gn0jqTFvR9-Nj2zuOJ9om64p4lRtTglzchFQQN5D9eoJa7ZoUTGXukhU_RGI2Og\\$](https://urldefense.com/v3/https://webab.previmedical.it/arena-bancopopolare/login.html*/pasrecover?denLogin=PDNRNN70P53B201K&otp=kk6cyLffaSgbK7w&pinRequired=TRUE;:wllMfVezAQMxglnebDEvV6RNY7Z9cHKjll11AnY_QO4gn0jqTFvR9-Nj2zuOJ9om64p4lRtTglzchFQQN5D9eoJa7ZoUTGXukhU_RGI2Og$)

Cordiali saluti,
Previmedical S.p.A.

Non rispondere a questo messaggio perché viene elaborato ed inviato automaticamente.

****Tutte le informazioni contenute in questo messaggio di posta elettronica ed i file ad esso collegati sono riservati e possono essere utilizzati esclusivamente dal destinatario specificato. L'accesso all'e-mail e l'eventuale uso del suo contenuto da parte di un qualsiasi soggetto non autorizzato sono severamente proibiti. Nel caso in cui si riceva il messaggio per errore è assolutamente vietato usarlo, copiarlo, o comunque divulgarlo mediante comunicazione e/o diffusione e bisogna provvedere sia alla sua cancellazione sia alla distruzione di tutte le copie esistenti. Ringraziamo anticipatamente per la vostra preziosa collaborazione.

6) Creare e digitare una propria password, inserire il pin poc'anzi ricevuto 7) Operazione conclusa tornare alla pagina di log-in

Inserisci una nuova password ed il codice PIN che ti è stato comunicato in precedenza

 Password

 Conferma nuova password

 1036

RECUPERA PASSWORD

La password è stata cambiata correttamente

Per tornare alla pagina di login [Clicca qui](#)

AREA RISERVATA SOCIO: HOME PAGE PARTE ALTA

FAS
FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

AREA ISCRITTO



Ciao,
Ettxhfje Ubasj



Clicca qui per trovare risposta alle tue domande

**LE MIE PRATICHE**

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 01-VM VISITE MEDICHE *Altre prestazioni...*

IMPORTO RICHIESTO : 180,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO : IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Ettxhfje Ubasj DATA : mercoledì 21 febbraio 2024

CODICE : W20240221-1090977STATO : in lavorazione ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 01-VM VISITE MEDICHE *Altre prestazioni...*

IMPORTO RICHIESTO : 182,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO : IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Ettxhfje Ubasj DATA : 2024

CODICE : W20240221-1090976

STATO : in lavorazione ●

DETTAGLIO

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una prestazione ricevuta

RICHIEDI

RICHIEDI

Richiedi l'emissione di un VoucherSalute® per eseguire le prestazioni presso una struttura convenzionata con la quale potrai concordare direttamente data e ora appuntamento

Questa porzione di pagina riporta in sintesi gli ultimi due rimborsi richiesti a sistema dal socio per tutti gli appartenenti al nucleo; per vedere tutte le pratiche cliccare su VEDI TUTTE LE PRATICHE.

Richiedendo un Voucher Salute sarà possibile accedere alla FORMA DIRETTA per gli INTERVENTI, come da Regolamento FAS

Menù a disposizione del Socio

NUCLEO FAMILIARE

CONTATTI E RECAPITI

CONTRIBUTI

ESTRATTI CONTO

PRESTAZIONI USUFRUITE

MODALITÀ PAGAMENTO

HEALTH CARE ADVISOR 

CAMBIO PASSWORD

LOGOUT

AREA RISERVATA SOCIO: HOME PAGE PARTE BASSA

The screenshot displays the 'AREA RISERVATA SOCIO' home page, divided into several functional sections:

- Top Navigation:** Includes a search icon and 'RICERCA CONVENZIONI', and a 'FILTRI DI RICERCA' section with tabs for 'STRUTTURE', 'PRESTAZIONI', and 'MEDICI'.
- Search Section:** Contains input fields for 'Provincia', 'Comune/Località', and 'Prestazione'. Below these are distance filters ('Nel raggio di') with radio buttons for 'dalla mia residenza' (selected) and 'dal CAP', and a 'TROVA STRUTTURA' button.
- HC Advisor Section:** Features the 'HC Advisor' logo and text: 'Consulta le recensioni delle strutture sanitarie e condividi le tue esperienze con la community di HCA'.
- User Profile Section:** Includes 'LA MIA POSIZIONE' (with an umbrella icon), 'I MIEI RECAPITI' (with a location pin icon), and 'I DOCUMENTI DEL FAS' (with a folder icon).
- Assistenza Sanitaria Aggiuntiva Section:** Located at the bottom left, featuring a person icon and the text 'ASSISTENZA SANITARIA AGGIUNTIVA'.

Hand icons indicate user interactions: clicking on the 'TROVA STRUTTURA' button, the 'ASSISTENZA SANITARIA AGGIUNTIVA' button, and the 'MODIFICA DATI' button in the profile section.

Motore di ricerca che, attraverso i diversi filtri, individua le strutture e i medici convenzionati Previmedical per l'attivazione degli Interventi con ospedalizzazione in FORMA DIRETTA

Permette di valutare le strutture sanitarie

Cliccando su Assistenza Sanitaria Aggiuntiva si accederà alla propria posizione ASA dedicata, nel vecchio ambiente in uso

Questa porzione di pagina riporta in sintesi i dati anagrafici del socio relativi al Nucleo

Il socio potrà modificare e-mail e contatto telefonico l'indirizzo di residenza è solo consultabile

Verranno pubblicati documenti comuni a tutti a cura del FAS, ad esempio le Circolari

VISUALIZZARE L'ELENCO DELLE PROPRIE PRATICHE

 **LE MIE PRATICHE**

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 04-SO CURE DENTARIE [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO RICHIESTO : 450,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO : IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Lhlzrif Pdvtnrlzp

DATA : giovedì 4 aprile 2024

CODICE : W20240404-1093794

STATO : in lavorazione ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 01-VM VISITE MEDICHE [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO RICHIESTO : 300,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO : IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Lhlzrif Pdvtnrlzp

DATA : giovedì 4 aprile 2024

CODICE : W20240404-1093793

STATO : in lavorazione ●

DETTAGLIO

Nella HOME PAGE dell'Area Riservata sono visibili solo le ultime due richieste di rimborso inserite. Per visualizzare tutte le pratiche, anche degli anni precedenti, cliccare sul tasto VEDI TUTTE LE PRATICHE

VISUALIZZARE L'ELENCO DELLE PROPRIE PRATICHE

Cerca nelle pratiche

TIPOLOGIA ▼ BENEFICIARIO ▼ STATO ▼

Ultimi 7 giorni

MARTEDI 09 APRILE 2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI
51 MEDICINALI OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA

IMPORTO RICHIESTO 46,46 €

IMPORTO RICONOSCIUTO IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO

CODICE W20240409-1112044

STATO IN LAVORAZIONE ●

DETTAGLIO

LUNEDI 08 APRILE 2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE
01-SP SEDUTE PSICOTERAPICHE

IMPORTO RICHIESTO 60,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO

CODICE W20240408-1112030

STATO IN LAVORAZIONE ●

DETTAGLIO

Le pratiche possono essere visualizzate in modalità ZOOM IN, un tipo di visualizzazione estesa, con la visibilità di alcuni dati tra cui:

- delle prestazioni richieste
- del codice della pratica (protocollo)
- dello stato della pratica

Cerca nelle pratiche

TIPOLOGIA ▼ BENEFICIARIO ▼ STATO ▼

Ultimi 7 giorni

9 apr 2024

PRESTAZIONI
51 MEDICINALI OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA

8 apr 2024

PRESTAZIONE
01-SP SEDUTE PSICOTERAPICHE

Per scorrere queste 'pagine' cliccare sui puntini presenti in basso a destra di ogni singolo box

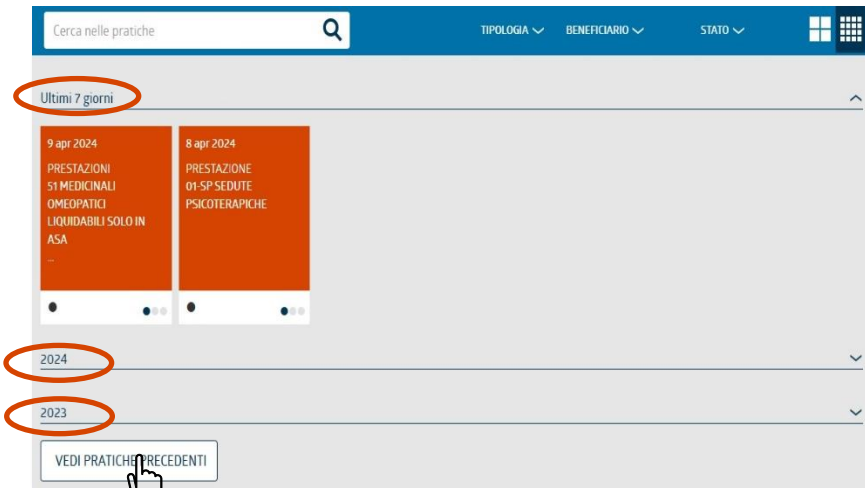
2024

2023

VEDI PRATICHE PRECEDENTI

In alternativa, è presente la visualizzazione in modalità ZOOM OUT, dove le pratiche sono raggruppate in piccoli «box» che mostrano i dati divisi in più 'pagine'

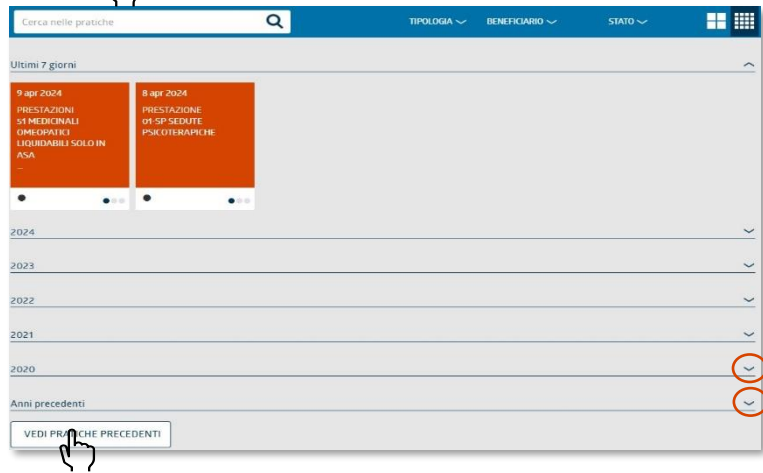
VISUALIZZARE LE PRATICHE DEGLI ANNI PRECEDENTI



Nella prima lista sono visualizzate le pratiche più recenti (Ultimi 7 giorni)

Nella riga dell'anno corrente sono presenti tutte le pratiche dell'anno in corso che sono state inserite in data antecedente gli ultimi 7 giorni

Nelle righe sottostanti sono presenti gli anni precedenti a quello in corso



Per visualizzare le pratiche degli anni precedenti a quelli già visibili, è necessario cliccare più volte (2-3) sul pulsante VEDI PRATICHE PRECEDENTI.

Se l'anno desiderato non compare immediatamente, continuare a cliccare sul pulsante.

L'ultima voce disponibile, dopo l'anno 2020, è «Anni precedenti».

Per visualizzare l'elenco delle pratiche di ogni anno, cliccare sulla freccia rivolta verso il basso che si trova in fondo ad ogni riga

SEGUE>

VISUALIZZARE LE PRATICHE DEGLI ANNI PRECEDENTI



Anni precedenti					
19 nov 2019 PRESTAZIONE 01-VM VISITE MEDICHE	15 nov 2019 PRESTAZIONE 50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA	27 ott 2019 PRESTAZIONI 05-DE SPESE DI CHIRURGIA DERMATOLOGICA	21 ott 2019 PRESTAZIONE 16 TICKET MASSIMALE COD 01	18 ott 2019 PRESTAZIONE 50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA	18 ott 2019 PRESTAZIONE 47 VISITE PREVISTE SOLO IN ASA
● ●●	● ●●	● ●●	● ●●	● ●●	● ●●
7 ott 2019 PRESTAZIONE 51 MEDICINALI OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA	18 set 2019 PRESTAZIONE 51 MEDICINALI OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA	2 set 2019 PRESTAZIONE 16 TICKET MASSIMALE COD 01	23 ago 2019 PRESTAZIONE 01-VM VISITE MEDICHE	1 ago 2019 PRESTAZIONE 51 MEDICINALI OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA	1 lug 2019 PRESTAZIONI 04-113 RADIOGRAFIA ENDORALE E OCCLUSALE O BITE- WING
● ●●	● ●●	● ●●	● ●●	● ●●	● ●●
7 giu 2019 PRESTAZIONI 03-PA MEDICINALI	7 giu 2019 PRESTAZIONI 03-PA MEDICINALI	7 giu 2019 PRESTAZIONI 03-PA MEDICINALI	7 giu 2019 PRESTAZIONI 03-PA MEDICINALI	7 giu 2019 PRESTAZIONI 03-PA MEDICINALI	
● ●●	● ●●	● ●●	● ●●	● ●●	
VEDI PRATICHE PRECEDENTI					



Nell'elenco «Anni precedenti» sono presenti tutte le pratiche inserite prima dell'anno 2020. Per aggiornare l'elenco visualizzando anche le pratiche degli anni precedenti (2019, 2018, 2017, ecc...) continuare a cliccare sul pulsante VEDI PRATICHE PRECEDENTI fino alle pratiche dell'anno desiderato

INSERIMENTO RICHIESTA DI RIMBORSO

FAS FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

AREA ISCRITTO



Ciao,
Lhlzrlf Pdvtnrlzp 



LE MIE PRATICHE

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 07 OCCHIALI E LENTI [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO RICHIESTO :
1.060,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO : IN
VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Lhlzrlf
Pdvtnrlzp

DATA : mercoledì 27 marzo
2024

CODICE : W20240327-
1093788

STATO : In lavorazione ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 01-VM VISITE MEDICHE [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO RICHIESTO :
204,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO : IN
VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Jbjlbrlj
Pdvtnrlzp

DATA : mercoledì 27 marzo
2024

CODICE : W20240327-1093787STATO : In lavorazione ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

Richiedi un rimborso per una
prestazione ricevuta



RICHIEDI



RICHIESTA VoucherSalute®

Richiedi l'emissione di un VoucherSalute® per
eseguire le prestazioni presso una struttura
convenzionata con la quale potrai concordare
direttamente data e ora appuntamento

RICHIEDI

È possibile inserire una
richiesta di rimborso
cliccando su RICHIEDI
nel box arancione in
alto a dx nella pagina
principale.

Beneficiario

Seleziona il beneficiario

- ☒ BNHXRXP TTFHHTXHVFB BBDZDPB - BBBBHX69L12F205V (12/07/1969)
- ☐ FVHPTBL BBDZDPB - BBBFHP02E66F205Q (26/05/2002)
- ☐ JVHJZBF BBDZDPB - BBBJHJ11R12F205W (12/10/2011)
- ☐ HHHZ BBDZDPB - BBBHHZ07A42D035K (02/01/2007)

Selezionare il beneficiario ovvero
l'intestatario della prestazione dei
documenti di spesa
(socio/superstite o familiare iscritti)

AVANTI



DATI E TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE DEL DOCUMENTO DI SPESA

Inserire i dati della fattura sanitaria:

- Data
- Numero
- Partita iva*
- Nome della struttura erogante

PARTITA IVA:

Inserire una P.I. valida ed esistente altrimenti il sistema è bloccante

Se:

- documento estero o codice fiscale (assistenza socio sanitaria) inserire 11 volte zero

FAS FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE

RICHIESTA DI RIMBORSO

Ciao, Lhlzrlf Pdvtrrlzp

Beneficiario PDVTRRLZP LHLZRLF

Documento di spesa

Inserisci qui di seguito i dati relativi alla fattura/ricevuta che intendi mettere a rimborso

Data documento di spesa (*) gg/mm/aaaa

Numero documento di spesa (*)

Partita IVA della struttura (*)

Struttura (*)

(*)=campo obbligatorio

Attenzione
È tassativamente obbligatorio rispettare le seguenti tempistiche:
- Tutte le spese sostenute dal 1° gennaio al 31 gennaio devono essere presentate entro il 30 aprile 2026;
- Le spese sostenute dal 1° febbraio al 30 settembre devono essere presentate entro 90 giorni dalla data fattura;
- Le spese sostenute dal 1° ottobre al 31 dicembre devono essere presentate entro il 20 gennaio 2027.

INDIETRO AVANTI

FAS FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE



RICHIESTA DI RIMBORSO



Ciao, Lhlzrlf Pdvtrrlzp



Seleziona la tipologia prestazione

Beneficiario PDVTRRLZP LHLZRLF

Documento di spesa

Numero documento di spesa: REGEGG

Tipologia

Diaria (per ricoveri a totale carico SSN)

Ricovero/Intervento e prestazioni pre/post ricovero

Accertamenti diagnostici e visite

Spese dentarie

Trattamenti e Terapie

Occhiali e Lenti

Altre prestazioni sanitarie

Altre richieste non sanitarie

INDIETRO

I «BOTTONI» grigi non sono attivi e quindi non potranno essere utilizzati

Selezionare il «bottone» inerente la tipologia della **PRESTAZIONE PRINCIPALE** effettuata. In caso di fatture contenenti più prestazioni di tipo diverso (es. visita + accertamento, visita + terapia, lenti + liquidi, ecc.) considerare singolarmente la tipologia di prestazione. L'inserimento delle altre prestazioni potrà essere effettuato in un passaggio successivo.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI «SOTTO AD OGNI BOTTONE»



Ricovero/
Intervento e
prestazioni
pre/post
ricovero

05-PA PARTO

05 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI

05-DE SPESE DI CHIRURGIA DERMATOLOGICA

54 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI (SOLO ASA)

62 RETTA DI DEGENZA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

05-PMA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

55 SPESE DI CHIRURGIA DERMATOLOGICA (SOLO ASA)

99/B GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI TARIFFA 15.000 €

99/C GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI TARIFFA 20.000 €

99/D GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI TARIFFA 25.000 €

99/E GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI TARIFFA 30.000 €

99/F GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI TARIFFA 50.000 €

52 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (SOLO ASA)

36 QUOTA A CARICO - DIRETTA PREVIMEDICAL (SOLO ASA)

53 PRELIEVO E CONSERVAZIONE CORDONE OMBELICALE (SOLO ASA)

05-ONC INTERVENTI CHIRURGICI COLLEGATI A MALATTIE ONCOLOGICHE



Accertamenti
diagnostici e
visite

Visite

01-VM VISITE MEDICHE

01-SP SEDUTE PSICOTERAPICHE

01-CP CAMPAGNE DI PREVENZIONE

47 VISITE PREVISTE SOLO IN ASA

Accertamento diagnostico



ECOGRAFIA



Risonanza
magnetica



TAC



RX / raggi



MAMMOGRAFIA



MOC /
Densitometria
Ossea



SCINTIGRAFIA



DOPPLER



ECG



ENDOSCOPIA



ALTRO

Esami di laboratorio

01-AD ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

37 QUOTA RIMASTA A CARICO A SEGUITO DI CAMPAGNE PREVENZIONE FAS (SOLO ASA)

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI «SOTTO AD OGNI BOTTONE»



Spese dentarie

04-SO CURE DENTARIE
04-CE CURE DENTARIE LUNGA DURATA
04-141 SIGILLATURA (PER OGNI DENTE)
04-171 ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE
04-113 RADIOGRAFIA ENDORALE E OCCLUSALE O BITE-WING
04-157 RIZECTOMIA PER RADICE (INCLUSO LEMBO DI ACCESSO)
04-121 VISITA ORALE, VISITA SPECIALISTICA E DI EMERGENZA
04-115 PROFILASSI/ABLAZIONE SEMPLICE DEL TARTARO - ADULTO
04-142 OTTURAZIONE IN COMPOSITO O AMALGAMA (1-2 SUPERFICI)
04-172 EST. COMPLESSA DENTE O RADICE (O IN INCL. OSSEA PARZ.)
04-118 APPLICAZIONE TOPICA DI FLUORO (ESCLUSA PROFILASSI) - ADULTO



Trattamenti e
Terapie

02-CT CURE TERMALI
02-TR/A TRATTAMENTI E TERAPIE
02-DI RIEDUCAZIONE ALIMENTARE
48 TERAPIE E PRESTAZIONI PREVISTE SOLO IN ASA
02-MG/A TRATTAMENTI E TERAPIE PER SITUAZIONI GRAVI

63

Occhiali e Lenti

07/C LENTI CORNEALI
07/B OCCHIALI DA VISTA



Altre prestazioni
sanitarie

03-PA MEDICINALI
03-PO MEDICINALI OMEOPATICI
08/A PROTESI AUSILI E PRESIDI
20 ASSISTENZA INFERMIERISTICA
49 PREPARAZIONI GALENICHE (SOLO ASA)
21 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA MASSIMALE COD 20
51 MEDICINALI E OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA
23 RETTE IN CASA DI RIPOSO O IN STRUTTURE DI LUNGODEGENZA
50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA
59 CURE DENTARIE (SOLO ASA) - QUOTA DI SPESA RIMASTA A CARICO
35 AMBULANZA (O ELIAMBULANZA) PER MOTIVI DI URGENZA (SOLO ASA)
58 VISITE MEDICHE (SOLO ASA) - QUOTA DI SPESA RIMASTA A CARICO
60 ESAMI DI LABORATORIO (SOLO ASA) - QUOTA DI SPESA RIMASTA A CARICO
57 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (SOLO ASA) - QUOTA DI SPESA RIMASTA A CARICO

ASSOLVIMENTO: TICKET O PRIVATO

Visite

Accertamento diagnostico

Esami di laboratorio

Visite e accertamento


Trattamenti e
Terapie

Indicare se la spesa è stata assolta
in regime di ticket o privato.

Questa maschera NON verrà
proposta per:

- SPESE DENTARIE
- OCCHIALI E LENTI
- ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

FAS

FONDO ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE



RICHIESTA DI
RIMBORSO





 Ciao,
Lhlzrlf Pdvtnrlzp 



Beneficiario

POVTRNLZP STFGPRK

Documento di spesa

Numero documento di
spesa: RDEFW

Tipologia

Accertamenti diagnostici e visite

Modalità

In quale modalità è stata eseguita la prestazione?

TICKET

PRIVATO

INDIETRO

Seleziona la prestazione

61 TICKET

Qualora la prestazione sia stata
eseguita in modalità Ticket, sarà
disponibile solo la selezione per la
prestazione:

- 61 TICKET

INSERIMENTO QUESITO DIAGNOSTICO (FACOLTATIVO)

FAS FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE

RICHIESTA DI RIMBORSO

Beneficiario
PDVTHRLZP STGGFRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: RDEFIW

Tipologia
Trattamenti e Terapie

Modalità
Privato

Quesito diagnostico

Inserisci il quesito diagnostico

Codice della patologia indicato dal medico

Compilare SOLO SE nella prescrizione in tuo possesso viene indicato il codice patologia asl

INDIETRO AVANTI

Digitare il **quesito diagnostico** (ovvero il motivo o la patologia). Entrambi i campi sono attualmente **FACOLTATIVI**, è possibile quindi proseguire oltre cliccando su **AVANTI** senza inserire alcun dato.



FAS FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE

RICHIESTA DI RIMBORSO

Beneficiario
PDVTHRLZP STGGFRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: RDEFIW

Tipologia
Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico

Inserisci il quesito diagnostico

Per prestazioni che non prevedono il Quesito diagnostico scrivere ALTRO

Codice della patologia indicato dal medico

Compilare SOLO SE nella prescrizione in tuo possesso viene indicato il codice patologia asl

Data prescrizione
gg/mm/aaaa

INDIETRO AVANTI

NOTA BENE: L'inserimento della **patologia/motivazione**, a corredo della richiesta di rimborso, segue le indicazioni di Prestazioni e Sussidi del FAS quindi, nel caso in cui fosse obbligatorio fornire tale documentazione, sarà necessario allegarla al caricamento dei documenti (vedere pag. 15), qualora non sia già esplicitato nel documento di spesa.

In futuro - e attualmente per le prestazioni contenute nel «botone» ALTRE PRESTAZIONI - troverete già il campo **data prescrizione** da compilare (facoltativo)

SELEZIONE DELLA PRESTAZIONE E INSERIMENTO IMPORTO

Beneficiario
PDVTNRLZP LHLZRLF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: EVVPEVU

Tipologia
Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico
Quesito diagnostico

Capitolo

Seleziona la prestazione

- 08/A PROTESI AUSILI E PRESIDI
- 20 ASSISTENZA INFERMIERISTICA
- 49 PREPARAZIONI GALENICHE (SOLO ASA)
- 21 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA MASSIMALE COD 20
- 51 MEDICINALI E OMEOPATICI LIQUIDABILI SOLO IN ASA
- 23 RETTE IN CASA DI RIPOSO O IN STRUTTURE DI LUNGODEGENZA
- 50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA**
- 35 AMBULANZA (O ELIAMBULANZA) PER MOTIVI DI URGENZA (SOLO ASA)

INDIETRO

Selezionare (e cliccare) -utilizzando, nel caso, la barra laterale di scorrimento- **la prestazione** per cui si sta effettuando la richiesta di rimborso

In caso di fatture multi-prestazione, dovrà essere inserito l'importo della singola prestazione e non l'importo totale della fattura

Beneficiario
PDVTNRLZP LHLZRLF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: E32LN

Tipologia
Trattamenti e Terapie

Modalità
Privato

Quesito diagnostico
Quesito diagnostico

Capitolo
02-TR/A TRATTAMENTI E TERAPIE

Prestazione

Importo prestazione, incluso bollo (*)

In caso di fatture multi-prestazione, dovrà essere inserito l'importo della singola prestazione e non l'importo totale della fattura

Relativamente alla spesa di cui sopra, dichiaro di avere diritto a liquidazioni in denaro da parte del SSN (indennità di accompagnamento o di frequenza o rimborsi per ausili o protesi etc...), indennizzi da parte di Società di Assicurazione o sussidi da fondi di assistenza in genere.

☒ No
☐ SI

(*)=campo obbligatorio

INDIETRO AVANTI

Digitare l'**importo** della singola **PRESTAZIONE**: in caso di fatture contenenti più voci di spesa di tipo diverso (es. visita accertamento, visita + terapia, lenti + liquidi, ecc.) inserire l'importo della prestazione singolarmente; le altre voci possono essere inserite negli step successivi (vedere da pag. 16); l'eventuale **bollo** dovrà essere conteggiato nel totale prestazione **una sola volta**

INSERIMENTO IMPORTO PRESTAZIONE: ALTRI INDENNIZZI?

Beneficiario
PDVTHRLZP LHLZRLF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: EWFWEV

Tipologia
Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico
Quesito diagnostico:

Capitolo
SO DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA

Prestazione

Importo fattura, incluso bollo (*)
1

Relativamente alla spesa di cui sopra, dichiaro di avere diritto a liquidazioni in denaro da parte del SSN (indennità di accompagnamento o di frequenza o rimborsi per ausili o protesi etc...), indennizzi da parte di Società di Assicurazione o sussidi da fondi di assistenza in genere.

☐ No
☐ SI

(*)=campo obbligatorio

INDIETRO AVANTI

Lasciare indicato **NO** qualora **non sia stato ricevuto alcun altro indennizzo per quella prestazione**

Relativamente alla spesa di cui sopra, dichiaro di avere diritto a liquidazioni in denaro da parte del SSN (indennità di accompagnamento o di frequenza o rimborsi per ausili o protesi etc...), indennizzi da parte di Società di Assicurazione o sussidi da fondi di assistenza in genere.

Beneficiario
PDVTHRLZP LHLZRLF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: EWFWEV

Tipologia
Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico
Quesito diagnostico:

Capitolo
SO DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA

Prestazione

Importo fattura, incluso bollo (*)
102

Relativamente alla spesa di cui sopra, dichiaro di avere diritto a liquidazioni in denaro da parte del SSN (indennità di accompagnamento o di frequenza o rimborsi per ausili o protesi etc...), indennizzi da parte di Società di Assicurazione o sussidi da fondi di assistenza in genere.

☐ No
☒ SI

51

(*)=campo obbligatorio

INDIETRO AVANTI

Qualora **sia stato ricevuto un altro indennizzo per quella prestazione**, **cliccare su SI**, inserire l'importo ricevuto e cliccare su avanti

CARICAMENTO DOCUMENTO DI SPESA

1

Beneficiario
PDVTNRLZP.LHLZRLF

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 4807

Tipologia
Altre prestazioni sanitarie

Questo diagnostico
Questo diagnostico:

Capitolo
SO DISPOSITIVI MEDICI CON
MARCATURA CE LIQUIDABILI IN
ASA

Prestazione

Documentazione

Carica il documento di spesa (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

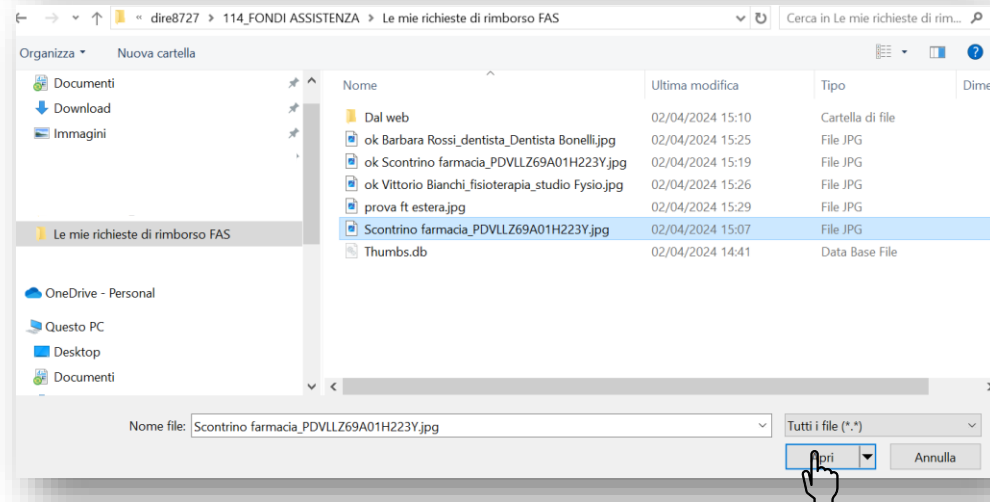
SELEZIONA FILE

Carica altra eventuale documentazione (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf) (OPZIONALE)

SELEZIONA FILE

INDIETRO **AVANTI**

2



Caricare il documento di spesa archiviato nello spazio dedicato del proprio device (pc o smartphone o altro):

SELEZIONA FILE (foto 1)> cliccare sul file desiderato> Apri (foto 2). Il caricamento del documento di spesa è **OBBLIGATORIO**.

Le tipologie di file accettati sono pdf o immagini jpg o jpeg. Il peso o grandezza del file caricabile è molto ampio e lo spazio residuo disponibile è visibile dopo ogni caricamento

CARICAMENTO (ALLEGARE) DOCUMENTO DI SPESA O ALTRO

1

Carica immagine Per favore controlla che il documento sia chiaramente leggibile e ritagliai ciò che è necessario



2

Carica immagine Per favore controlla che il documento sia chiaramente leggibile e ritagliai ciò che è necessario



Il documento caricato viene visualizzato, la maschera (1) permette alcune modifiche di base: gira, ingrandisci e taglia il documento. Cliccare su **AVANTI (1)** e successivamente su **CONFERMA (2)** per proseguire

Beneficiario

PDVTRLZP LHLZRLF

Documento di spesa

Numero documento di spesa: E2RF

Tipologia

Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico

Quesito diagnostico

Capitolo

50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA

Prestazione

Documentazione

Carica il documento di spesa (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf)

+AGGIUNGI FILE

ok Scontrino farmacia_PDVLZ69A0... ✕

Carica altra eventuale documentazione (sono accettati formati jpg, jpeg e pdf) (OPZIONALE)

SELEZIONA FILE

Dimensione totale dei files caricati nella pratica

11 / 40960 kb

INDIETRO

AVANTI

Se necessario caricare altri documenti a corredo della spesa inserita (**es. prescrizione**) nella sezione dedicata, ripetendo quanto descritto nelle due pagine precedenti.

Quindi cliccare su **AVANTI**

AGGIUNGERE UNA NUOVA PRESTAZIONE PER LO STESSO EVENTO? SI/NO

Beneficiario
PDVTRLRJP STFGSRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 326548

Tipologia
Trattamenti e Terapie

Modalità
Privato

Questo diagnostico
Questo diagnostico

Capitolo
02-TR/A TRATTAMENTI E TERAPIE

Prestazione
Prestazione

Documentazione
Documentazione

Nuova prestazione

Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?
(Per evento si intende l'insieme di prestazioni collegate alla stessa patologia/diagnosi. Si ricorda che è necessario inserire una singola pratica per ogni patologia/diagnosi.)

SI NO

INDIETRO

*Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?
(Per evento si intende l'insieme di prestazioni collegate alla stessa patologia/diagnosi. Si ricorda che è necessario inserire una singola pratica per ogni patologia/diagnosi.)*



Da questa maschera è possibile:

- A) aggiungere **una nuova prestazione collegata allo stesso documento di spesa (fatture multi-prestazione)** e quindi alla stessa patologia cliccando su **SI**
- B) aggiungere **un NUOVO documento di spesa diverso da quello iniziale** sempre collegato alla stessa patologia o diagnosi cliccando su **SI**
- C) proseguire, cliccando su **NO**, perché **il caricamento è quasi terminato**

A) EVENTO MULTI-PRESTAZIONE: STESSO DOCUMENTO DI SPESA

Beneficiario
PDVTRNLZP STFGFRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 326548

Tipologia
Trattamenti e Terapie

Modalità
Privato

Questo diagnostico
Questo diagnostico

Capitolo
02-TR/A TRATTAMENTI E TERAPIE

Prestazione
Prestazione

Documentazione
Documentazione

Nuova prestazione

Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?
(Per evento si intende l'insieme di prestazioni collegate alla stessa patologia/diagnosi. Si ricorda che è necessario inserire una singola pratica per ogni patologia/diagnosi.)

Per aggiungere un'ulteriore prestazione (diversa per casistica) presente nel medesimo documento caricato all'inizio della richiesta di rimborso, alla domanda «Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?» rispondere **SI**

Beneficiario
PDVTRNLZP STFGFRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 326548

Nuovo documento di spesa

Aggiungere un nuovo documento di spesa?

Alla domanda «Aggiungere un nuovo documento di spesa?» rispondere **NO** (si sta solo aggiungendo un'ulteriore voce ad un documento di spesa già presente)

A)EVENTO MULTI-PRESTAZIONE: STESSO DOCUMENTO DI SPESA

Benefenziario
UMCV NQLZPKH

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 2H5132

Tipologia

Seleziona la tipologia prestazione

Diaria (per ricoveri a totale carico SSN)

Ricovero/ Intervento e prestazioni pre/post ricovero

Accertamenti diagnostici e visite

Spese dentarie

Trattamenti e Terapie

Occhiali e Lenti

Altre prestazioni sanitarie

Altre richieste non sanitarie

INDIETRO

Proseguire con la scelta della prestazione aggiuntiva ripetendo i passaggi come descritti in precedenza (da pagg. 7)

E' importante **inserire l'importo della singola prestazione** (e non l'importo totale della fattura), l'eventuale **bollo** dovrà essere **conteggiato** nel totale prestazione **una sola volta**.

Al momento del caricamento il documento di spesa dovrà essere caricato nuovamente, anche se il medesimo, l'applicazione è infatti in grado di riconoscerlo e considerarlo una sola volta.

B) EVENTO MULTI-PRESTAZIONE: *NUOVO* DOCUMENTO DI SPESA

Beneficiario
PDVTRNRLZP STFGFRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 326548

Tipologia
Trattamenti e Terapie

Modalità
Privato

Questo diagnostico
Questo diagnostico

Capitolo
02-TR/A TRATTAMENTI E TERAPIE

Prestazione
Prestazione

Documentazione
Documentazione

Nuova prestazione

Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?
(Per evento si intende l'insieme di prestazioni collegate alla stessa patologia/diagnosi. Si ricorda che è necessario inserire una singola pratica per ogni patologia/diagnosi.)

☐ SI ☐ NO

INDIETRO

Per aggiungere un **nuovo documento diverso** da quello caricato all'inizio della richiesta di rimborso, alla domanda «Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?» rispondere **SI**

Beneficiario
PDVTRNRLZP STFGFRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 326548

Nuovo documento di spesa

Aggiungere un nuovo documento di spesa?

☐ SI ☐ NO

INDIETRO

Successivamente, alla domanda «Aggiungere un nuovo documento di spesa?» rispondere **SI**

B) EVENTO MULTI-PRESTAZIONE: NUOVO DOCUMENTO DI SPESA

FAS
FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE



**RICHIESTA DI
RIMBORSO**






Ciao,
Lhlzrlf Pdvtnrlzp



Beneficiario
POVTNRLZP LHLZRLF

Documento di spesa

Inserisci qui di seguito i dati relativi alla fattura/ricevuta che intendi mettere a rimborso

Data documento di spesa (*)
 

Numero documento di spesa (*)

Partita IVA della struttura (*)

Struttura (*)

Attenzione

È tassativamente obbligatorio rispettare le seguenti tempistiche:

- Tutte le spese sostenute dal 1° gennaio al 31 gennaio devono essere presentate entro il 30 aprile 2026;
- Le spese sostenute dal 1° febbraio al 30 settembre devono essere presentate entro 90 giorni dalla data fattura;
- Le spese sostenute dal 1° ottobre al 31 dicembre devono essere presentate entro il 20 gennaio 2027.

INDIETRO

AVANTI

(*)=campo obbligatorio

Proseguire con l'inserimento del nuovo documento ripetendo i passaggi come descritti in precedenza da pag.7.

C) RICHIESTA DI RIMBORSO QUASI «COMPLETATA»

Beneficiario
PDVTHRLZP STFGPRK

Documento di spesa
Numero documento di spesa: 526548

Tipologia
Trattamenti e Terapie

Modalità
Privato

Quesito diagnostico
Quesito diagnostico

Capitolo
O2-TR/A TRATTAMENTI E TERAPIE

Prestazione
Prestazione

Documentazione
...

Nuova prestazione

Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?
(Per evento si intende l'insieme di prestazioni collegate alla stessa patologia/diagnosi. Si ricorda che è necessario inserire una singola pratica per ogni patologia/diagnosi.)

☐ SI ☒ NO

INDIETRO

Qualora **NON** sia necessario aggiungere nessuna nuova prestazione collegata alla stessa diagnosi o patologia **clickare su NO**

ASA E CONDIZIONI «SINE QUA NON»

Beneficiario

PDVTNRLZP LHLZRLF

Documento di spesa

Numero documento di spesa: E2RF

IBAN

IBAN relativo al conto corrente dove verrà predisposto l'eventuale bonifico

☒ Iban predefinito IT61E0103003200000006418011 LHLZRLF PDVTNRLZP

Esprimi la tua scelta riguardo l'integrazione ASA

☒ Richiedo integrazione ASA

☐ Non richiedo integrazione ASA (nemmeno per le spese liquidabili solo in ASA)

INDIETRO **AVANTI**

(*)=campo obbligatorio

Rilettura proprio Iban e opzione scelta ASA: preimpostata su «richiedo scelta ASA», nel caso non si voglia procedere all'integrazione ASA selezionare la seconda scelta, cliccare su **AVANTI**

Beneficiario

PDVTNRLZP LHLZRLF

Documento di spesa

Numero documento di spesa: E2RF

IBAN

IT61E0103003200000006418011

Capitolo

LHLZRLF PDVTNRLZP

Conferma

Beneficiario PDVTNRLZP LHLZRLF (PDVLLZ69A01H223Y) - 1-gennaio-1969

Documento di spesa Data documento di spesa: 12-aprile-2024 Numero documento di spesa: E2RF

Struttura: R4TF PIVA struttura: 00000000000

Tipologia Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico Quesito diagnostico : Codice patologia :

Capitolo 50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA

Prestazione #marimba.document.UPLOAD_DOCUMENT_SCONTRINO_O_FATTURA.key# ok

Documentazione Scontrino farmacia_PDVLLZ69A01H223Y.jpg

altra documentazione

IBAN IT61E0103003200000006418011 - Intestatario IBAN: LHLZRLF PDVTNRLZP

☒ 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. (*)

☒ Il sottoscritto richiedente, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art.76 del DPR445/2000 dichiara che la/e 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. Accetta che il FAS possa richiedere il/i documento/i originale/i per eventuali controlli e verifiche. (*)

☒ Il Socio si obbliga a manlevare ed esentare il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare, il Personale Incaricato, i Collaboratori e comunque chiunque altro partecipi alla gestione della presente pratica, da qualsivoglia tipo di responsabilità, solidale come disgiunta, anche in relazione al trattamento dei documenti e dati provenienti/forniti on line (o in copia) dal Socio, così come pure alla non veridicità di quanto dichiarato ed al mancato ottemperamento a quanto previsto dalle norme in materia di compilazione e conservazione delle note di spesa. Gli obblighi suesposti sono dal Socio assunti per sé e, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1381 del codice civile, per ogni soggetto collegato ed aderente al Fondo. (*)

☒ Ogni spesa presente in questa pratica viene dettagliatamente vagliata e classificata secondo le attuali regole liquidative del Fondo Assistenza. Qualora il socio intenda richiedere una revisione dovrà dettagliare e citare con precisione le parti regolamentari per supportare la richiesta del riesame della pratica e della liquidazione, in caso contrario la richiesta di revisione non verrà presa in considerazione. (*)

(*)=campo obbligatorio

INDIETRO **CONFERMA I DATI**

A seguito della conferma obbligatoria delle 4 condizioni (flag) -rif. Circolare 1/2024- si potrà visualizzare la pratica nella pagina principale e monitorare lo stato della stessa dopo aver premuto **CONFERMA I DATI**.

INDIETRO

AVANTI

I tasti **AVANTI** e **INDIETRO** permettono, durante caricamento di:

- proseguire
- tornare al passaggio precedente

INSERIMENTO RICHIESTA DI RIMBORSO: FINE

La richiesta è stata correttamente acquisita.
Riceverà una comunicazione con l'esito della valutazione.

Il numero pratica assegnato è **W20240402-1093789**

Riepilogo

Beneficiario

Documento di spesa

Tipologia

Quesito diagnostico

Capitolo

Prestazione

Documentazione

IBAN

PDVTNRLZP LHLZRLF (PDVLLZ69A01H223Y) - 1-gennaio-1969

Data documento di spesa: 13-marzo-2024 Numero documento di spesa: 3REQWD

Struttura: FARMAPIU' PIVA struttura: 00000000000

Altre prestazioni sanitarie

Quesito diagnostico : Codice patologia :
50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA

#marimba.document.UPLOAD_DOCUMENT_SCONTRINO_O_FATTURA.key# ok Scontrino
farmacia_PDVLLZ69A01H223Y.jpg
altra documentazione

IT61E0103003200000006418011 - Intestatario IBAN: LHLZRLF PDVTNRLZP

Puoi controllare lo stato di avanzamento nella

SEZIONE PRATICHE

FAS

FONDO ASSISTENZA
PER IL TERAPISTA DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

<

LE MIE
PRATICHE

🔔

💬

Ciao,
Lhlzrlf Pdvtnrlzp

🇮🇹

Cerca nelle pratiche

🔍

TIPOLOGIA

BENEFICIARIO

STATO

🏠

Ultimi 7 giorni

↕

MARTEDÌ
02 APRILE
2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE
50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE
LIQUIDABILI IN ASA

IMPORTO RICHIESTO
6,80 €

IMPORTO RICONOSCIUTO
IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO
PDVTNRLZP LHLZRLF

CODICE
W20240402-1093789

STATO
IN LAVORAZIONE

🟢

DETTAGLIO

MERCOLEDÌ
27 MARZO
2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI
07 OCCHIALI E LENTI

IMPORTO RICHIESTO
1.060,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO
IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO
PDVTNRLZP LHLZRLF

CODICE
W20240327-1093788

STATO
IN LAVORAZIONE

🟢

DETTAGLIO

MERCOLEDÌ
27 MARZO
2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI
01-VM VISITE MEDICHE

IMPORTO RICHIESTO
204,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO
IN VALUTAZIONE

STATO
IN LAVORAZIONE

🟢

DETTAGLIO

MERCOLEDÌ
27 MARZO
2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI
07 OCCHIALI E LENTI

IMPORTO RICHIESTO
1.060,00 €

IMPORTO RICONOSCIUTO
IN VALUTAZIONE

STATO
IN LAVORAZIONE

🟢

DETTAGLIO

ELIMINARE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO

1

LE MIE PRATICHE

VEDI TUTTE LE PRATICHE

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 04-SO CURE DENTARIE [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO RICHIESTO : 450,00 € IMPORTO RICONOSCIUTO : IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Lhizrif Pdvtnrlzp DATA : giovedì 4 aprile 2024

CODICE : W20240404-1093794 STATO : in lavorazione ●

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI : 01-VM VISITE MEDICHE [Altre prestazioni...](#)

IMPORTO RICHIESTO : 300,00 € IMPORTO RICONOSCIUTO : IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO : Lhizrif Pdvtnrlzp DATA : giovedì 4 aprile 2024

CODICE : W20240404-1093793 STATO : in lavorazione ●

DETTAGLIO

Home page: cliccare su VEDI TUTTE LE PRATICHE.

2

Cerca nelle pratiche

TIPOLOGIA ▼ BENEFICIARIO ▼ STATO ▼

Ultimi 7 giorni

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE

50 DISPOSITIVI MEDICI CON MARCATURA CE LIQUIDABILI IN ASA

IMPORTO RICHIESTO 6,80 € IMPORTO RICONOSCIUTO IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO PDVTNRLZP LHLZRLF BENEFICIARIO RIMBORSO PDVTNRLZP LHLZRLF

CODICE W20240402-1093789 STATO IN LAVORAZIONE ●

DETTAGLIO

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI

07 OCCHIALI E LENTI

IMPORTO RICHIESTO 1.060,00 € IMPORTO RICONOSCIUTO IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO PDVTNRLZP LHLZRLF BENEFICIARIO RIMBORSO PDVTNRLZP LHLZRLF

CODICE W20240327-1093788 STATO IN LAVORAZIONE ●

DETTAGLIO

Individuare la pratica da eliminare e cliccare su DETTAGLIO

3

giovedì 04 aprile 2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI

04-SO CURE DENTARIE

04-141 SIGILLATURA (PER OGNI DENTE)

04-121 VISITA ORALE, VISITA SPECIALISTICA E DI EMERGENZA

IMPORTO RICHIESTO 450,00 € IMPORTO RICONOSCIUTO IN VALUTAZIONE

BENEFICIARIO PDVTNRLZP LHLZRLF BENEFICIARIO RIMBORSO PDVTNRLZP LHLZRLF

CODICE W20240404-1093794 STATO In lavorazione ●

INTEGRAZIONE ASA SI

INTEGRA DOCUMENTAZIONE **DOCUMENTAZIONE** **ANNULLA**

Per eliminare la pratica cliccare su ANNULLA

INTEGRA DOCUMENTAZIONE non è attivo e quindi non utilizzabile

Sarà possibile annullare in autonomia una pratica di rimborso entro 24h dall'inserimento

SEGUE>

31

ELIMINARE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO

giovedì 04 aprile 2024

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONI

01-VM VISITE MEDICHE

03-PA MEDICINALI

INTEGRA DOCUMENTAZIONE

DOCUMENTAZIONE

ANNULLA

Nota annullo pratica

Richiesta inserita per errore

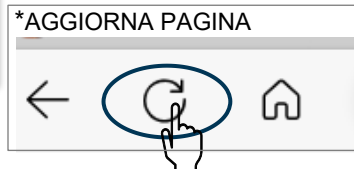
Campo obbligatorio

ANNULLA PRATICA

Inserire una nota (campo obbligatorio) e cliccare su **ANNULLA PRATICA**. Comparirà il messaggio nel box verde di conferma dell'annullamento.

✓ **Successo**
La pratica è stata annullata

Aggiornando la pagina*, la richiesta di rimborso non sarà più visibile in LE MIE PRATICHE



Cerca nelle pratiche

✓ Successo
La pratica è stata annullata

BENEFICIARIO

STATO

Ultimi 7 giorni

VENEDÌ 05 APRILE 2024	RICHIESTA DI RIMBORSO	GIOVEDÌ 04 APRILE 2024
PRESTAZIONE 04-115 PROFILASSI/ABLAZIONE SEMPLICE DEL TARTARO - ADULTO IMPORTO RICHIESTO 102,00 € BENEFICIARIO PDVTNRLZP LHLZRLF CODICE W20240405-1093796	IMPORTO RICONOSCIUTO IN VALUTAZIONE BENEFICIARIO RIMBORSO PDVTNRLZP LHLZRLF STATO IN LAVORAZIONE ● DETTAGLIO	PRESTAZIONI 04-SO CURE DENTARIE IMPORTO RICHIESTO 450,00 € BENEFICIARIO PDVTNRLZP LHLZRLF CODICE W20240404-1093794

UTILITÀ

MENU' DI NAVIGAZIONE AREA RISERVATA – sempre presente in alto



Cliccando sul logo del FAS sarà sempre possibile ricaricare (raggiungere) l'home page dell'Area riservata



Cliccando sul simbolo <(torna alla pagina precedente) sarà sempre possibile tornare alla pagina precedentemente visitata

RICHIESTA DI RIMBORSO

INDIETRO

AVANTI

I tasti AVANTI e INDIETRO permettono, durante il caricamento della richiesta di rimborso di:

- proseguire
- tornare al passaggio precedente

NAVIGAZIONE INTERNET

*AGGIORNA PAGINA



Aggiornamento o «refresh» della pagina, raggiungibile anche con i tasti CTRL+F5