

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

	N° FATTURA/RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/RICEVUTA	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 a ricovero, ovvero in caso di richiesta di indennità giornaliera (diaria).

I giustificativi delle spese sanitarie sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero ed i documenti di eventuali spese per accompagnatore, trasporto in ambulanza, farmaci ed assistenza infermieristica, devono essere inviati unitamente alla cartella clinica ed alle spese relative alla degenza.

I giustificativi delle spese sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero, compresa l'eventuale documentazione di spesa per farmaci ed assistenza infermieristica domiciliare, possono essere inviati separatamente dalla cartella clinica e dalle spese relative alla degenza. In tal caso è necessario barrare l'apposito spazio e indicare nuovamente il periodo di degenza.

Per giustificativi di spesa dei farmaci si intendono gli originali delle fustelle ed i relativi scontrini fiscali, che devono essere inviati unitamente alla fotocopia della prescrizione medica. Nel caso di pagamento parziale (ticket*), può essere inoltrata la fotocopia della prescrizione medica completa della fustella dei farmaci ed i relativi scontrini fiscali.

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

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

BARRARE NEL CASO IN CUI LA PERSENTE RICHIESTA CONTENGA
 DOCUMENTI DI SPESE SOSTENUTE NEI 90 GIORNI SUCCESSIVI AL RICOVERO

ASSISTENZA INFERMIERISTICA:
 (nei 90 giorni precedenti o successivi al ricovero) dal _____ al _____

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

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

RICOVERI

IN STRUTTURA PUBBLICA

- cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria)
- giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante il periodo di degenza e nei 90 giorni precedenti/successivi

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) CONVENZIONATA CON PREVIMEDICAL CON MEDICO – PRIMO OPERATORE - CONVENZIONATO

- fotocopia del fax inoltrato da Previmedical per l'attivazione del pagamento diretto
- giustificativi di spese sanitarie sostenute nei 90 giorni precedenti/successivi al ricovero

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) CONVENZIONATA CON PREVIMEDICAL CON MEDICO – PRIMO OPERATORE – NON CONVENZIONATO

- fotocopia del fax inoltrato a Previmedical per l'attivazione del pagamento diretto
- giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante il periodo di degenza e nei 90 giorni precedenti/successivi

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) NON CONVENZIONATA CON PREVIMEDICAL

- cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria)
- giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante il periodo di degenza e nei 90 giorni precedenti/successivi

INTERVENTO AMBULATORIALE

- relazione medica del chirurgo
- giustificativi di spese sanitarie connesse all'intervento sostenute nei 90 giorni precedenti/successivi

PARTO (o aborto)

IN STRUTTURA PUBBLICA

- cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria)
- eventuali giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) CONVENZIONATA CON PREVIMEDICAL CON MEDICO – PRIMO OPERATORE – CONVENZIONATO

- fotocopia del fax inoltrato da Previmedical per l'attivazione del pagamento diretto

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) CONVENZIONATA CON PREVIMEDICAL CON MEDICO – PRIMO OPERATORE – NON CONVENZIONATO

- fotocopia del fax inoltrato a Previmedical per l'attivazione del pagamento diretto
- giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) NON CONVENZIONATA CON PREVIMEDICAL

- cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria)
- giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza

GRAVIDANZA (visite, esami ed accertamenti diagnostici) EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

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

EFFETTUATI PRIVATAMENTE

- giustificativi di spese sanitarie connesse alla gravidanza e sostenute:
 - nel corso della gravidanza
 - nei 90 giorni successivi al termine del ricovero
- certificato del medico privato o di base che attesti lo stato di gravidanza, in alternativa, tale attestazione potrà essere riportata sul singolo documento di spesa

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE (visite, esami ed accertamenti diagnostici, terapie, ecc.)

EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

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

EFFETTUATI PRIVATAMENTE MA PRESCRITTI

DAL MEDICO DI BASE

EFFETTUATI PRIVATAMENTE

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)
- prescrizione del medico di base
- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)
- patologia riscontrata o presunta che deve essere indicata dal medico sulla prescrizione o sul giustificativo di spesa oppure su apposito certificato

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PREVENTIVE (di pertinenza esclusiva degli Iscritti in servizio)

(visite, esami, accertamenti mirati alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico)

EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

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

EFFETTUATI PRIVATAMENTE

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)
- certificazione medica attestante che la prestazione sono relative alla prevenzione delle patologie sopra indicate

MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI (di pertinenza esclusiva degli Iscritti in servizio)

- fattura/ricevuta fiscale dell'ottico riportante il grado di correzione delle lenti fornite che deve corrispondere a quanto prescritto dal medico oculista

- prescrizione del medico oculista

PROTESI AUDITIVE, ORTOPEDICHE ED OCULISTICHE (di pertinenza esclusiva degli Iscritti in servizio)

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute, ticket* o fatture A.s.l.)
- prescrizione medica accompagnata da documentazione rilasciata da ente pubblico attestante l'invalidità

APPARECCHI AUSILIARI CORRETTIVI E TERAPEUTICI

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute, ticket* o fatture A.s.l.)
- prescrizione medica accompagnata da documentazione rilasciata da ente pubblico attestante l'invalidità

RICOVERO PER INTOSSICAZIONE, OVVERO PER TRATTAMENTI PSICOTERAPEUTICI E PSICOANALITICI

- cartella clinica (copia autenticata dalla struttura emittente)
- giustificativi di spese sanitarie sostenute durante il ricovero

VISITE RELATIVE A TRATTAMENTI PSICOTERAPEUTICI E PSICOANALITICI (di pertinenza esclusiva degli iscritti in servizio)

EFFETTUATE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

- seguire le indicazioni relative ai ricoveri ed alle prestazioni specialistiche

EFFETTUATE PRIVATAMENTE

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute) con l'indicazione del numero di iscrizione all'albo dello psicologo e del numero delle visite/sedute effettuate
- patologia riscontrata o presunta che deve essere indicata dal medico sulla prescrizione medica o sul giustificativo di spese sanitarie oppure su apposito certificato

CURE E PROTESI CONSEGUENTI AD INFORTUNI (di pertinenza esclusiva degli Iscritti e Aderenti in quiescenza)

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute, ticket* o fatture A.s.l.)
- certificato medico del pronto soccorso attestante la natura e la data dell'infortunio

PROTESI RIPARATRICI (a seguito di interventi chirurgico conseguente ad INFORTUNIO) (di pertinenza esclusiva degli Iscritti e Aderenti in quiescenza)

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute, ticket* o fatture A.s.l.)
- certificato medico rilasciato dal pronto soccorso attestante la natura e la data dell'infortunio
- cartella clinica relativa all'intervento chirurgico (copia autenticata dalla struttura sanitaria)

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