

A V V E R T E N Z E

L'unito modulo - mod. 094923 - da utilizzare per richiedere il rimborso delle prestazioni sanitarie deve essere trasmesso con la specifica busta provvista di codice a barre (mod. 400190, da richiedere con l'ausilio della procedura per l'approvvigionamento della modulistica aziendale). **Al fine di ottenere il rimborso delle spese e per la più rapida restituzione dei documenti è necessario che:**

- **il modulo sia sottoscritto - nella seconda pagina - dal dipendente e dall'assistito, dopo aver preso visione della sintesi della normativa statutaria riportata nelle pagg. 3 e 4 che possono essere trattenute dagli interessati;**
- **per gli iscritti in servizio, siano correttamente indicati il codice e la descrizione del Punto Operativo/Ufficio/Servizio di appartenenza oltre all'indirizzo completo del palazzo presso il quale è prestata l'attività lavorativa.**

Si rammenta, infine, che per informazioni sulle modalità di utilizzo delle prestazioni, sulla tempistica delle liquidazioni e sulle modalità delle liquidazioni effettuate, è necessario rivolgersi a Blue Assistance al consueto riferimento telefonico ☎ **011.74.17.171**; unicamente per informazioni di carattere amministrativo di altro tipo può essere contattata la Segreteria Operativa della "Cassa": ☎ 011 5558024, -8025, -8026, -8027).

CASSA DI ASSISTENZA SANPAOLO IMI

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

(DA INSERIRE NELL'APPOSITA BUSTA INDIRIZZATA A "Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi - Blue Assistance")

1. COGNOME E NOME DEL DIPENDENTE/PENSIONATO ISCRITTO

MATRICOLA N.

RECAPITO DI LAVORO E TELEFONICO/SOCIETÀ DI APPARTENENZA

(per i pensionati indicare il domicilio)

CONTRASSEGNO

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

2. COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO

(dipendente/pensionato o familiare beneficiario per il quale è richiesto il rimborso)

DATA DI NASCITA

PATOLOGIA

(riportare la diagnosi, ove prevista, risultante dalla certificazione medica allegata)

Riservato alla
Società di Gestione
Blue Assistance

AVVERTENZE

La presente richiesta, compilata in ogni sua parte, deve essere sottoscritta dal dipendente/pensionato ed i giustificativi di spesa allegati devono essere trasmessi in originale.

Compilare una richiesta per ogni assistito e per ogni evento patologico, ad eccezione dei ticket* che possono essere raggruppati, se riferiti allo stesso assistito, in un'unica richiesta, indipendentemente dalla patologia.

Utilizzare una sola busta per più richieste di rimborso relative ai componenti dello stesso nucleo familiare del dipendente/pensionato iscritto.

Le spese sanitarie sostenute possono essere inoltrate per il rimborso ogni qual volta 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 a Blue Assistance delle richieste 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 agli artt. 14 APP. 1 e 11 APP. 2 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 agli artt. 14 APP. 1 e 11 APP. 2 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 ripresentazione regolarizzata di pratiche respinte.

ELENCO DOCUMENTAZIONE DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

PROFESSIONISTA/ENTE EMITTENTE	NUMERO DOCUMENTO (fatture, ricevute, ticket*)	DATA	IMPORTO

ATTENZIONE: FIRMARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA

SEGUE →

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 delle fustelle dei farmaci ed i relativi scontrini fiscali.

PERIODO DI DEGENZA:

(risultante dalla cartella clinica)

dal al

BARRARE IN CASO DI PAGAMENTO DIRETTO A CURA DI BLUE ASSISTANCE

DELLE SPESE RELATIVE AL RICOVERO/INTERVENTO (compresi od esclusi onorari équipe medica)



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



ASSISTENZA INFERMIERISTICA:

(precedente e/o successiva al ricovero)

dal al

EVENTUALI ANNOTAZIONI ESPLICATIVE

Il sottoscritto dichiara:

- di essere a conoscenza delle disposizioni che regolamentano le prestazioni della Cassa di Assistenza Sanpaolo Imi ("Cassa");
- 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 erogate sul C/C in essere c/o Sanpaolo Imi S.p.A. relativo ai rapporti di debito/credito con la "Cassa", ovvero disponendo l'addebito nei propri confronti, per il tramite della Società di appartenenza.

DATA _____ FIRMA in qualità di dipendente/pensionato (1) _____

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi delle vigenti disposizioni legislative in materia di privacy, esprime il consenso al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano, acquisiti o che saranno acquisiti da Blue Assistance nell'ambito degli scopi statuari della "Cassa" nonché di quelli ad esse connessi e strumentali. Il sottoscritto libera inoltre dal segreto professionale quanti lo hanno tenuto in cura.

DATA _____ FIRMA in qualità di assistito (2) _____

(dipendente/pensionato o familiare beneficiario per il quale è richiesto il rimborso; per i minori è necessaria la firma di chi esercita la 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 BLUE ASSISTANCE CON MEDICO - PRIMO OPERATORE – CONVENZIONATO

- fotocopia del fax inoltrato a Blue Assistance 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 BLUE ASSISTANCE CON MEDICO - PRIMO OPERATORE - NON CONVENZIONATO

- fotocopia del fax inoltrato a Blue Assistance 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 BLUE ASSISTANCE

- 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 e sostenute durante la degenza

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

- fotocopia del fax inoltrato a Blue Assistance per l'attivazione del pagamento diretto

IN STRUTTURA (PRIVATA O PUBBLICA CON TRATTAMENTO PRIVATISTICO) CONVENZIONATA CON BLUE ASSISTANCE CON MEDICO - PRIMO OPERATORE - NON CONVENZIONATO

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

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

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

GRAVIDANZA (visite, esami ed accertamenti diagnostici)

EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE

- giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.I./A.s.I.)

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 U.s.I./A.s.I.)

EFFETTUATI PRIVATAMENTE MA PRESCRITTI DAL MEDICO DI BASE

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)
- prescrizione del medico di base

EFFETTUATI PRIVATAMENTE

- 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 U.s.I./A.s.I.)

EFFETTUATI PRIVATAMENTE

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

SEGUE 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 U.s.l./A.s.l.)

EFFETTUATE PRIVATAMENTE

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)
- certificato del medico dentista con il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e/o delle relative patologie. Tali indicazioni potranno essere riportate anche sul giustificativo di spesa
- in caso di infortunio, certificato medico del pronto soccorso attestante la natura e la data dell'infortunio

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 in data successiva all'1.1.1994

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

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

PROTESI RIPARATRICI (a seguito di intervento chirurgico conseguente ad INFORTUNIO) *(di pertinenza esclusiva degli Iscritti ed Aderenti in quiescenza)*

- giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute, ticket* o fatture U.s.l./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)

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