

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO/RIMBORSO SPESE MEDICHE

Da inviare compilato e sottoscritto:

via E-mail a: mba@cra-acea.it

DATI IDENTIFICATIVI (* compilazione obbligatoria)

Nome e Cognome Titolare* (Titolare della copertura Sanitaria) _____

Residenza/Domicilio: Via _____ nr. _____

Città _____ Prov _____ Cap _____

Luogo e data Nascita * _____ Cod. Fiscale * _____

Tel. _____ Cell.* _____

E-mail (consigliata per successive comunicazioni relative all'esito della valutazione) _____

Numero Adesione (ove possibile) _____

Ente di appartenenza (ove possibile) _____

Nome Cognome del Beneficiario (chi usufruisce delle prestazioni se diverso dal Titolare) _____

Luogo e data Nascita * _____ Cod. Fiscale * _____

Tel. _____ Cell.* _____

E-mail (consigliata per successive comunicazioni relative all'esito della valutazione) _____

A. DATI RELATIVI ALLE SPESE MEDICHE DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO

Patologia/Diagnosi (**come da certificato medico allegato**) _____

In caso di Ricovero, barrare la casella e indicare la degenza dal ___/___/___ al ___/___/___

Il Titolare/, avendo preso visione delle norme che regolamentano il Programma di Assistenza Sanitaria sottoscritto dal'Assistito, con il presente documento fa richiesta di rimborso delle seguenti fatture/notule (si prega di precisare se si tratta di ticket sanitari indicando la parola 'TK' o fatture indicando la parola 'FT' accanto al numero FT/TK):

NUMERO FT/TK	DATA	IMPORTO

NUMERO FT/TK	DATA	IMPORTO

B. Dati bancari per il Rimborso

IBAN dell'Assistito del Membro del nucleo familiare Banca _____

| I | T | _____

Intestazione _____

conto _____

corrente: _____

C. Dati dell'Assistito/Membro del nucleo familiare (compilazione obbligatoria)

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

E-mail (per eventuali comunicazioni sul rimborso) _____

D. Informazioni Importanti

1. compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. per fatture/notule non relative a ricovero, allegare sempre copia del certificato medico attestante la diagnosi di patologia presunta o accertata; copia delle fatture o notule e copia dei relativi referti;
3. per richiedere il rimborso di spese sostenute durante il periodo pre o post ricovero, indicare nell'apposito campo il relativo periodo di ricovero e, in caso di ricovero in struttura convenzionata, è necessario allegare copia del relativo "Modulo di richiesta Pagamento Diretto";
4. per richiedere il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di medicinali durante il periodo post ricovero inviare la prescrizione medica indicante la patologia e lo scontrino parlante emesso dalla farmacia;
5. è obbligatorio indicare il codice fiscale del titolare del conto corrente che richiede il rimborso e le coordinate bancarie in formato IBAN.

Luogo e data

Firma dell'Assistito/Membro del nucleo familiare

E. Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili

Ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e dei rimborsi previsti dal Programma di Assistenza Sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e, precisamente: all' Ente di appartenenza, Coopsalute SCpA , Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Firma dell'Assistito/Membro del nucleo familiare