

# CASPIE

00154 ROMA – VIA OSTIENSE, 131/L  
CORPO "D" – 6° piano  
NUMERO VERDE: 800-254313

## RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

### RISERVATO ALL'ASSISTITO

(da compilarsi in tutte le sue parti)

Titolare dell'assistenza ..... Ente di appartenenza:.....

Telefono n.....Domicilio.....

INFERMO: Sig. .... (parentela con il titolare).....

età ..... Diagnosi/tipo delle lesioni ..... durata degenza gg. ....

RIEPILOGO DELLE SPESE	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE	
	a cura dell'assistito	riservato agli uffici
01 <input type="checkbox"/> Ricovero con intervento/cesareo		<b>A) RICOVERI</b> <input type="checkbox"/> Copia completa della cartella clinica; <input type="checkbox"/> Prescrizione medica e diagnosi degli eventuali accertamenti diagnostici effettuati prima del ricovero, nonché dei trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure infermieristiche, cure termali ed esami effettuati dopo il ricovero in conseguenza dello stesso; <input type="checkbox"/> Prescrizione e diagnosi dei medicinali necessari a seguito dell'intervento, corredata dalle relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia.
02 <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale		<b>B) CURE DOMICILIARI O AMBULATORIALI</b> <input type="checkbox"/> Diagnosi; <input type="checkbox"/> Prescrizione medica specialistica degli eventuali accertamenti diagnostici o terapie; <input type="checkbox"/> Prescrizione medica degli eventuali medicinali corredata dalle relative "fustelle", scontrini e munita di timbro della farmacia
03 <input type="checkbox"/> Day Hospital		<b>C) CURE E PROTESI DENTARIE</b> <input type="checkbox"/> Copia delle fatture relative alle spese sostenute per il ciclo di cura.
04 <input type="checkbox"/> Ricovero senza intervento		<b>D) ACQUISTO DI LENTI ED OCCHIALI</b> <input type="checkbox"/> Dettaglio delle singole prestazioni effettuate ed il relativo importo; <input type="checkbox"/> Copia delle fatture relative alle spese sostenute; <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante la modifica del visus o eventualmente la circostanza che trattasi di prima prescrizioni lenti;
05 <input type="checkbox"/> Parto fisiologico		<b>E) ACQUISTO DI PROTESI</b> <input type="checkbox"/> Copia delle fatture relative all'acquisto delle lenti od occhiali; <input type="checkbox"/> Certificato di conformità rilasciato dall'ottico
06 <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero		<input type="checkbox"/> Prescrizione medica; <input type="checkbox"/> Copia della fattura relativa all'acquisto della protesi.
07 <input type="checkbox"/> Prestazioni extraospedaliere		
08 <input type="checkbox"/> Lenti ed occhiali		
09 <input type="checkbox"/> Cure e protesi dentarie		
10 <input type="checkbox"/> Altre causali		
<b>TOTALE</b>		

#### AVVERTENZE:

- Compilare UNA richiesta di rimborso separata per OGNI PERSONA E PER OGNI MALATTIA O INFORTUNIO
- Per i dettagli circa le modalità, le procedure di rimborso e per la documentazione da trasmettere si invita a prendere visione della propria guida operativa

Nel richiedere il rimborso delle spese, il sottoscritto dichiara, sotto la sua personale responsabilità, che la documentazione prodotta è regolare e veritiera e che le spese stesse coprono ed esauriscono l'intero ciclo di cura relativo all'evento denunciato.

Inoltre, in relazione all'informativa sul trattamento dei dati personali ricevuta al momento dell'adesione alla CASPIE (riportata anche sul sito web della Cassa: [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu)) il sottoscritto dichiara di rilasciare il consenso al trattamento, da parte della CASPIE e degli specifici soggetti di cui l'elenco richiamato nella stessa informativa, dei propri dati personali e sensibili necessari per la gestione della pratica di rimborso delle spese sanitarie e per l'erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito.

Data ..... Firma .....

### RISERVATO AGLI UFFICI DELLA CASPIE

<b>RICHIESTA DI RIMBORSO N.</b> .....	<b>CODICE DELL'ASSISTITO INFERMO</b> .....	<b>ESITO</b> <input type="checkbox"/> L Data..... <input type="checkbox"/> NL Firma.....	<b>CODICE CONV.</b> .....
<b>Data di decorrenza delle prestazioni della Cassa in favore dell'Assistito infermo</b> .....	<b>Condizioni di assistenza:</b> <input type="checkbox"/> Insindacabile giudizio <input type="checkbox"/> Patto speciale <input type="checkbox"/> Termini di aspettativa	<b>Esclusioni applicate:</b> 1)..... 2)..... 3).....	