

RISERVATO ALL'ASSISTITO
(da compilarsi in tutte le sue parti)

Titolare dell'assistenza Ente di appartenenza:
 Telefono n. Domicilio
 E-mail INFERMO: Sig (parentela con il titolare)
 età Diagnosi/Medicina Preventiva durata degenza gg.

RIEPILOGO DELLE SPESE	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN COPIA	
	a cura dell'assistito	riservato agli uffici
01 <input type="checkbox"/> Ricovero con intervento		
02 <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale		
03 <input type="checkbox"/> Parto cesareo		
04 <input type="checkbox"/> Ricovero senza intervento		
05 <input type="checkbox"/> Parto non cesareo		
06 <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero		
07 <input type="checkbox"/> Cure domiciliari/ambulatoriali o <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva		
08 <input type="checkbox"/> Lenti ed occhiali		
09 <input type="checkbox"/> Cure e protesi dentarie		
10 <input type="checkbox"/> Altre causali		
11 <input type="checkbox"/> Day Hospital		
12 <input type="checkbox"/> Day Hospital con intervento		
TOTALE		

A) RICOVERI

Copia completa della cartella clinica;

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;

Prescrizione e diagnosi dei medicinali necessari a seguito dell'intervento, corredata dalle relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia.

B) CURE DOMICILIARI O AMBULATORIALI

Diagnosi;

Prescrizione medica specialistica degli eventuali accertamenti diagnostici o terapie;

Prescrizione medica degli eventuali medicinali (non ammessi al rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale) corredata dalle relative "fustelle", scontrini e munita di timbro della farmacia;

Fatture relative alle spese sostenute per il ciclo di cura

C) CURE E PROTESI DENTARIE

Dettaglio delle singole prestazioni effettuate ed il relativo importo;

Fatture relative alle spese sostenute.

D) ACQUISTO DI LENTI ED OCCHIALI

Certificazione attestante la sopraggiunta modifica del visus o la circostanza che trattasi di prima prescrizione lenti, sottoscritta da medico specialista in materia o da optometrista;

Fatture relative all'acquisto delle lenti od occhiali.

E) ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI

Prescrizione medica;

Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici.

AVVERTENZE:

Compilare UNA richiesta di rimborso separata per OGNI PERSONA E PER OGNI MALATTIA O INFORTUNIO.

Per ulteriori dettagli circa le modalità, le procedure di rimborso e per la documentazione da trasmettere, si invita a prendere visione del proprio Manuale Operativo scaricabile, dopo aver effettuato la registrazione sul portale web

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, (scaricabile anche dal proprio profilo sul portale web, alla voce download documenti) 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

RICHIESTA DI RIMBORSO N.

.....

CODICE DELL'ASSISTITO INFERMO

.....