

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

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

Titolare dell'assistenza. Ente di appartenenza: Telefono n. Domicilio. E-mail. INFERMO: Sig	(da compilarsi in tutte le sue parti)						
E-mail	Titolare dell'assistenza Ente di appartenenza:						
RIEPILOGO DELLE SPESE Comment	Telefono nDomicilio						
RIEPILOGO DELLE SPESE a cura dell'assistitio fiservato agli dell'assistitio dell'assistitio	E-mailINFERMO: Sig			(parentela con il titolare)			
RICOVER Copia completa della cartella clinica; Copia completa della cartella clinica; Prescrizione medica e diagnosi degli eventuali accertamenti diagnostici effettuati prima del ricovero, nonché del trattamenti listoterapici e effettuati prima del ricovero, nonché del trattamenti listoterapici e effettuati prima del ricovero, nonché del trattamenti listoterapici e effettuati prima del ricovero, nonché del trattamenti listoterapici e effettuati prima del ricovero, nonché del trattamenti diagnostici effettuati prima del ricovero, nonché del trattamenti diagnostici certificazione al carte del relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia dalle relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia concedita della relative "fustelle", scontrini e munita diagnostici o terapici. Cure Domicilian/ambulatoriali o Della	età Diagnosi/Medicina Preventiva						
Copie completa della cartella clinica; Offici Prescrizione medica e diagnosi degli eventuali accertamenti diagnostici effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti fisioterapici e effetuati prima del ricovero, nonche dei tratamenti dispressioni covero in conseguenza dello stesso; correctata dalle relative "iustelle", scontini e munita del timbro della farmacia; prescrizione medica adelle relative "iustelle", scontini e munita di timbro della farmacia; prescrizione medica degli eventuali accertamenti diagnostici o terapie; prescrizione degli accertamenti diagnostici o terapie; prescrizione degli accertamenti diagnostici o terapie; prescrizione medica degli eventuali accertamenti diagnostici o terapie; prescrizione degli accertamenti diagnostici o terapie; prescrizione medica degli eventuali accertamenti diagnostici o degli apparecchi protesici. Coursi protesi prescrizione degli eventuali accerta	RIEPILOGO DELLE SPESE			DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN COPIA			
effettuati prima del ricovero, nonché del tratamenti fisioterapici e ricducativi, cure infermientisthce, cure termais et asami effettuati dopo il rocvero in conseguenza dello stesso; Prescrizione e diagnosi de celipica del sami un covero in conseguenza dello stesso; Prescrizione de diagnosi et della incessari a seguito dell'intervento, corredata delle relative "fustelle", scontini e munita del timbro della farmacia. B) CURE DOMICILIARI O AMBULATORIALI Diagnosi: Prescrizione medica specialistica degli eventuali accertamenti diagnostici o terapie; Prescrizione medica specialistica degli eventuali medicinali (non ammessi al rimborso del service) accordina del relative "fustelle", scontini e munita di timbro della farmacia; Prescrizione medica degli eventuali medicinali (non ammessi al rimborso del service) accordina del relative "fustelle", scontini e munita di timbro della farmacia; Patture relative alle spese sostenute per al ciclo di cura CO CURE E PROTESI DENTARIE D) ACQUISTO DI LENTI ED OCCHIALI Certificazione attestante la estiteva del spese sostenute. AVVERTENZE: Compliare UNIA nichiesta di rimborso separata per OGNI PERSONA E PER GGNI 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 effettuate lo la registrazione sul porta del vento dell'assistico degli apparecchi protesici. BAVVERTENZE: Compliare UNIA nichiesta di rimborso separata per OGNI PERSONA E PER GGNI 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 potto dell'assistito dell'assistito dell'assistito dell'assistito dell'assistito dell'assistito. Entre relativa all'avento dell'assistito non alla CASPIE, (scaricabile anche dal proprio profilo sul portale web, alla voce download documenti) il				lú (Copia completa della	cartella clinica; e diagnosi degli eventuali accertamenti diagnostici	
Prescrizione e diagnosi del medicinal necessari a seguito dell'intervento, corredata dalle relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia.	01□ Ricovero con intervento			r	effettuati prima del rieducativi, cure infe	ricovero, nonché dei trattamenti fisioterapici e ermieristiche, cure termali ed esami effettuati dopo il	
Os Parto cesareo Os Parto non cesareo Os Parto non cesareo Os Ricovero senza intervento Os Parto non cesareo Os Ricovero ospedaliero os ospedaliero Os Ricovero ospedaliero Os Ricovero ospedaliero ed il relativo importo; Fettates de lidenti ospedalie ospedaliero ospedali	02□ Intervento ambulatoriale			□ F	Prescrizione e diagn	nosi dei medicinali necessari a seguito dell'intervento,	
Diagnosi: Diagno	03□ Parto cesareo			f	armacia.		
terapie; ter	04□ Ricovero senza intervento				Diagnosi;		
da parte del Servizio Sariitario Nazionale) corredata dalle relative "fustelle", sontrini e munital di timbo della farmacia: Fatture relative alle spese sostenute per il ciclo di cura	05□ Parto non cesareo			t	erapie;		
O'Cure demiciliar/ambulatoriali o Medicina Preventiva OS Lenti ed occhiali OS Cure e protesi dentarie OS Cure e protesi della sopraggiunta modifica del visus o la circostanza che trattasi di prima prescrizione lenti, sottoscritta da medico specialista in materia od optometrista; Fattura relativa all'acquisto delle lenti od occhiali. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI Prescrizione medica; Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici. OS	06□ Ricovero ospedaliero				da parte del Servizio scontrini e munita di t	Sanitario Nazionale) corredata dalle relative "fustelle", imbro della farmacia;	
Fatture relative alle spese sostenute. Section Fatture relative alleautive alleautive alleautive alleautive alleautive alleautive alleautive alleautive a	07□ Cure domiciliari/ambulatoriali o □ Medicina Preventiva			C) (CURE E PROTESI D	DENTARIE	
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. 12	08□ Lenti ed occhiali						
materia o da optometrista; Fatture relative all'acquisto delle lenti od occhiali. 12	09□ Cure e protesi dentarie				Certificazione attesta	nte la sopraggiunta modifica del visus o la circostanza	
11 Day Hospital 12 Day Hospital con intervento 1 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	10□ Altre causali			r	materia o da optomet	rista;	
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 RISERVATO AGLI UFFICI DELLA CASPIE	11□ Day Hospital					•	
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 RISERVATO AGLI UFFICI DELLA CASPIE	12□ Day Hospital con intervento			□ F	Prescrizione medica;		
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 RISERVATO AGLI UFFICI DELLA CASPIE	TOTALE						
	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						
	RICHIESTA DI RIMBORSO N.						