

Ricovero clinico ospedaliero

	Km	Int	Inf	Par	
dal _____ al _____ giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barrare la casella corrispondente <i>Legenda</i> Km = Località oltre i 150 Km/estero Int = Intervento chirurgico Inf = Infortunio Par = Parto
dal _____ al _____ giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____ al _____ giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____ al _____ giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____ al _____ giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ospedale _____ località _____				totale giorni _____	
Reparto _____				Patologia _____	

Ricovero diurno - Day Surgery - Dialisi - Cure oncologiche - Cure talassemia

Ospedale _____ n. giorni _____

Reparto _____ Patologia _____

Periodo anno _____ mese _____ giorni _____

 anno _____ mese _____ giorni _____

 anno _____ mese _____ giorni _____

 anno _____ mese _____ giorni _____

Ricovero in strutture sanitarie riabilitative

Ospedale _____ località _____ n. giorni _____

Periodo dal _____ al _____

Grandi interventi chirurgici e accompagnatore

Ospedale _____ luogo di ricovero _____

patologia _____ data intervento _____

fatture allegate n. _____ importo totale _____

dal _____ al _____ Tipo di ricovero

dal _____ al _____ Pubblico o convenzionato Privato

dal _____ al _____ Attività libero professionale in struttura pubblica o accreditata

dal _____ al _____

Cartella clinica

Nel caso in cui fosse obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo

Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria per malati terminali neoplastici

Data del decesso _____ Documentazione di spesa totale Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria

Periodo dal _____ al _____ Numero ore _____

Assistenza effettuata da _____

Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Visite specialistiche, Esami diagnostici strumentali e di laboratorio (ticket)

Totale ticket allegati numero _____ Euro _____

Trasporto infermi

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Cicli di terapie

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Luogo e data

Firma del socio

Firma (per la Società)

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER SUSSIDI

Tipo prestazioni	Documenti	Coniuge	Convivente more uxorio	Figli
Clinico ospedaliero	1-2-3-4-5	51	52	51-53-54
Ricovero diurno - Day surgery	1-6	51	52	51-53-54
Ricovero in strutture sanitarie riabilitative	1-7	51	52	51-53-54
Cure oncologiche, cure talassemia	1-8	51	52	51-53-54
Grandi interventi chirurgici e accompagnatore	1-3-5-9-10	51	52	51-53-54
Assistenza domiciliare sanit. per malati terminali	1-11-12	51	52	51-53-54
Assistenza domiciliare	1-9	51	52	51-53-54
Alta diagnostica o alta specializzazione	1-9-10-13	51	52	51-53-54
Visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio (ticket)	1-10	51	52	51-53-54
Cicli di terapie	1-9-10	51	52	51-53-54
Trasporto infermi	1-9	51	52	51-53-54

DOCUMENTI

- 1 Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare alcun documento
- 2 Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi
- 3 Cartella clinica (completa di anamnesi) o relazione clinica per poter usufruire della maggiorazione del sussidio per intervento chirurgico, parto o infortunio
- 4 Per i soci con meno di tre anni di iscrizione alla Società o di adesione alla Partner è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).
- 5 Certificato di residenza, nel caso il ricovero sia avvenuto in località oltre i 150 km dalla residenza o all'estero ★.
- 6 Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.
- 7 Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi (per patologie cardiache, respiratorie o neurologiche) e le terapie praticate.
- 8 Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.
- 9 Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
 - c. Data di emissione.
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
 - f. Indicazioni di quietanzamento.
- 10 Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale qualora sulla ricevuta non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- 11 Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.
- 12 Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.
- 13 Prescrizione del proprio medico curante.
- 30 Dichiarazione medica attestante lo stato di necessità di teleassistenza.
- 31 Documento comprovante il versamento della cauzione.
- 32 Richiesta di attivazione del servizio (moduli specifici).
- 51 Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio ★.
- 52 Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more uxorio ★
- 53 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 18 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★.
- 54 Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★;
 - b. dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.

NORME GENERALI

AVVERTENZE

Tutti i documenti devono essere in originale o fotocopie autenticate dalle Sedi regionali della Società.

Per evitare furti o smarrimenti i sussidi verranno pagati con l'accredito sul proprio c/c bancario o, in mancanza di questo, con assegni di trattenuta a domicilio del socio.

Tutte le notizie richieste e necessarie per la liquidazione del sussidio vanno compilate con calligrafia chiara e leggibile, possibilmente in stampatello. Moduli incompleti o illeggibili ritarderanno inevitabilmente la procedura della liquidazione della pratica.

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ

Tutti i documenti segnati con ★ possono essere sostituiti con il modulo per **la dichiarazione di notorietà da autenticare presso le nostre sedi Regionali.**

TERMINI DI PRESENTAZIONE

I sussidi vengono erogati solo su richiesta del socio o del familiare erede direttamente interessato, da trasmettere alla Società entro 365 giorni dalla fine dell'evento che dà titolo al sussidio; dopo tale termine, il diritto al sussidio si estingue. (cfr. art. 4.4 del Regolamento)

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto. La documentazione deve essere presentata o eventualmente integrata entro 180 giorni dalla presentazione della domanda di sussidio, pena la decadenza dal diritto di sussidio. (cfr. art. 4.5 del Regolamento)