

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

RICHIESTA SUSSIDI

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato il

(Cognome e nome)

iscritto/a dal _____ (Professione) _____ (Azienda)

Indirizzo _____ n. _____
 (Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. abit. _____ Tel. ufficio _____ E-mail _____

Iscritto nella Prestazione Fondo Sanitario Integrativo Emilceramica ed eventualmente nella seguente prestazione aggiuntiva:

- Prestazione per coniuge o convivente more-uxorio Prestazione per figli

In qualità di socio chiede che gli venga corrisposto il sussidio di:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1.1 Ricovero clinico ospedaliero | <input type="checkbox"/> 5 Esami diagnostici strumentali ed esami di laboratorio (ticket) |
| <input type="checkbox"/> 1.2 Ricovero diurno/day surgery | <input type="checkbox"/> 6 Prevenzione e controlli (ticket) |
| <input type="checkbox"/> 1.3 Ricovero in strutture sanitarie riabilitative | <input type="checkbox"/> 7 Alta diagnostica strumentale |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Cure oncologiche e della talassemia | <input type="checkbox"/> 9 Chirurgia oculistica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 10 Trasporto infermi |
| <input type="checkbox"/> 2 Grandi interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> 11 Cicli di terapie |
| <input type="checkbox"/> 3 Assistenza domiciliare sanitaria | <input type="checkbox"/> 12 Maternità |
| <input type="checkbox"/> 4 Visite specialistiche | <input type="checkbox"/> 13 Cure odontoiatriche a seguito infortunio |

Chiede che il pagamento avvenga tramite **accredito sul proprio c/c bancario** **assegno di trattenuta a domicilio**

Per l'accredito bancario Utilizzare dati del RID attivo Banca _____

Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN

	CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
I T				

Compilare unicamente in caso di richiesta di sussidio per familiare avente diritto

Cognome e nome del familiare _____

data di nascita _____ Grado di parentela col socio Coniuge Figlio/a Convivente more-uxorio

Data

Firma _____
 (del richiedente)

Vedere nel retro i documenti da allegare

Le richieste di sussidio devono essere consegnate o spedite alle sedi regionali o ai presidi territoriali

1.1 Ricovero ospedaliero

- 1) Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.
- 2) Per ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico). (**)

1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

- 1) 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. (**)

1.3 Ricovero in strutture sanitarie riabilitative

- 1) Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi e le terapie praticate. (**)

1.4 Cure oncologiche e della talassemia

- 1) 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.

2 - Grandi interventi chirurgici

- 1) Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato. (**)
- 2) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
- 3) Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica

3 - Assistenza domiciliare sanitaria

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 2) Documentazione attestante la tipologia di malattia e il tipo di trattamento effettuato

4 - Visite specialistiche

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

5 - Esami diagnostici strumentali ed esami di laboratorio, accesso pronto soccorso effettuati tramite SSN

- 1) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

6 - Sussidio per esami effettuati a scopo di prevenzione o controllo

- 1) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

7 - Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica

- 3) Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.

9 - Chirurgia oculistica

- 1) Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento.
- 2) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 3) Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

10 - Maternità - Parto o adozione

- 1) Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante il parto e la settimana di gestazione in cui il parto è avvenuto.
- 2) Certificato rilasciato dal Tribunale attestante l'avvenuta adozione.

11 - Trasporto infermi

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").

12 - Cicli di terapie

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- 3) Cartella clinica o certificazione sanitaria che attesti l'infortunio.

13 - Cure odontoiatriche a seguito di infortunio

- 1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale").
- 2) Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio sanitario nazionale (ticket), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- 3) Certificato di Pronto soccorso che attesti l'infortunio.

Nel caso in cui la richiesta del sussidio sia riferita al familiare avente diritto, allegare:

- 1) Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio (*)
- 2) Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more-uxorio (*)
- 3) Per i figli 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. (*)
 - 4) Per i figli 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.

Imposta di bollo su ricevute mediche

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in euro 1,81 mediante applicazione di marche o bollo a punzone. Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo; comunque la Società non rimborsa l'imposta di bollo.

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 territoriali.

Traduzione dei documenti in lingua straniera

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art. 5.7 del regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino ad un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

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.

() Cartella clinica**

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.