

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

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA NON DOC PER I DIPENDENTI DI COOPLIGURIA

N. matricola socio

Numero matricola del Rappresentante

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 _____

PRESTAZIONE DI APPARTENENZA COOP 1 COOP 2 COOP 3 COOP 4

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO | <input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA |
| <input type="checkbox"/> RETTA PER CAMERA A PAGAMENTO | <input type="checkbox"/> CHIRURGIA OCULISTICA |
| <input type="checkbox"/> CURE ONCOLOGICHE E DELLA TALASSEMIA | <input type="checkbox"/> CHIRURGIA AMBULATORIALE |
| <input type="checkbox"/> GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E ACCOMPAGNATORE | <input type="checkbox"/> CICLI DI TERAPIE |

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

VISITE SPECIALISTICHE PROTESI O PRESIDIO SANITARI

ESAMI DI LABORATORIO ACQUISTO LENTI PER OCCHIALI

ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

Cognome e nome	Posizione	Totale fatture	Allegate	Riservato alla sede nazionale
_____	socio	euro _____	n. _____	euro _____
_____	coniuge	euro _____	n. _____	euro _____
_____	figlio/a	euro _____	n. _____	euro _____
_____	figlio/a	euro _____	n. _____	euro _____

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

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	_____	_____	_____

Vedere nel retro i documenti da allegare - Compilare la parte interessata nelle pagine 2 e 3

Ricovero clinico ospedaliero

				Km	Int	Inf	Par	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"/>	
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 - Cure oncologiche - Cure talassemia

Ospedale _____ n. giorni _____

Reparto _____ Patologia _____

Periodo anno _____ mese _____ giorni _____

anno _____ mese _____ giorni _____

anno _____ mese _____ giorni _____

anno _____ mese _____ giorni _____

Grandi interventi chirurgici e accompagnatore

Barrare se il ricovero è stato effettuato all'estero

Ospedale _____ luogo di ricovero _____

patologia _____ data intervento _____

fatture allegate n. _____ importo totale _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Tipo di ricovero
 Pubblico o convenzionato Privato
 Attività libero professionale in struttura pubblica o accreditata

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 _____

Visite specialistiche

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Cicli di terapie

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Esami diagnostici strumentali e di laboratorio

Totale ticket allegati numero _____ Euro _____

Chirurgia oculistica

Data intervento _____ Documentazione di spesa totale Euro _____

Chirurgia ambulatoriale

Data intervento _____ Documentazione di spesa totale Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria

(Per: Intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico emorragiche cerebrali)

Periodo dal _____ al _____ Importo fattura _____ n. giorni _____

Ospedale _____

Annotazioni

Luogo e data _____

Firma _____

Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo Sedi della Liguria

Sede regionale

16122 GENOVA
Via E. De Amicis, 6/2
Tel. 010.5702787
Fax 010.5452134
e-mail:
liguria@mutuacesarepozzo.it

Sedi decentrate

16043 SESTRI
LEVANTE
Via Eraldo Fico
c/o Punto incontro
Coop
Tel. 0185.43206

9100 LA SPEZIA
Via F.lli Rosselli, 8
c/o Sms Unione
Fraterna
Tel. 0187.778481

17100 SAVONA
Piazza delle Nazioni, 7/R
Tel. 019.807865

18039 VENTIMIGLIA
P.za Cesare Battisti
c/o Dif Stazione FS
Tel. 0184.2342302

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER SUSSIDI

Tipo prestazioni	Documenti	Coniuge	Convivente more uxorio	Figli
Clinico ospedaliero	1-2	13	14	13-15
Ricovero diurno - Day surgery	3	13	14	13-15
Cure oncologiche	5	13	14	13-15
Retta per camera a pagamento	4	13	14	13-15
Grandi interventi chirurgici e accompagnatore	5-6-10	13	14	13-15
Assistenza domiciliare sanit. per malati terminali	7-8	13	14	13-15
Assistenza domiciliare	9	13	14	13-15
Visite specialistiche - Cicli di terapie	5-10	13	14	13-15
Esami diagnostici strumentali e di laboratorio	5-10	13	14	13-15
Chirurgia oculistica - Chirurgia ambulatoriale	5-10-12	13	14	13-15
Acquisto lenti per occhiali e/o lenti a contatto	5-10-11	13	14	13-15
Acquisto di protesi o presidi sanitari	5-10-11	13	14	13-15

DOCUMENTI

- Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.
- Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).
- 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.
- 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.
- Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
 - Data di emissione.
 - Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
 - Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
 - Indicazioni di quietanzamento.
- Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato.
- Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.
- Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.
- Documentazione analitica, regolarmente quietanzata, riportante il numero di ore di effettiva assistenza domiciliare e il tipo di assistenza sanitaria effettuata.
- Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale.
- Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo).
- Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico (oculista nel caso di chirurgia oculistica) attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento.
- Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio.★
- Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more uxorio.★
- Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 16 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
 - 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.★
- Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
 - 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.★
 - 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 circolari "non trasferibili" presso le sedi regionali o assegni di traenza a domicilio del socio.

Le richieste di sussidio devono essere consegnate o spedite alle sedi regionali. Gli indirizzi delle sedi regionali sono indicati sul giornale "Il Trento".

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)