

**MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE – ediz. aprile/2017**

(utilizzare un modulo per ciascuna persona e allegare documentazione in originale secondo quanto previsto dalle Istruzioni)

Il/La sottoscritto/a  Socio in servizio  Socio non in servizio Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SOCIO \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE**


secondo le norme vigenti e come di seguito specificato,  per sé o  per il familiare sotto specificato

FAMILIARE \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

prestazioni	euro	prestazioni	euro
01 - VM Visite mediche		49 Preparazioni Galeniche (rimborso solo ASA)	
01 - AD Accertamenti diagnostici		04-SO Spese odontoiatriche (allegare mod. DEN)	
01 - SP Sedute psicoterapiche		04-CE Spese odontoiatriche - Lunga durata (allegare mod. DEN)	
16 Ticket visite e accertamenti diagnostici		5 Interventi chirurgici (esclusi i Grandi Interventi Chirurgici - cod. 99)	
47 Visite previste solo in ASA		5 PMA e crioconservazione cellule staminali (rimborso solo ASA)	
02 - MG Trattamenti e terapie per situazioni gravi (vedi Istruzioni)		7 Occhiali e lenti	
02 - TR Trattamenti e terapie		8 Protesi, ausili e presidi	
02 - DI Sedute dietista (c.d. Rieducazione alimentare)		50 Dispositivi medici con marcatura CE (rimborso solo ASA)	
02 - CT Cure Termali		20 Assistenza infermieristica	
17 Ticket trattamenti e terapie		21 Assistenza socio-sanitaria	
48 Terapie e prestazioni previste solo in ASA		23 Rette in casa di riposo o in strutture di lungo degenza	
03-PA Medicinali (allegare mod. FAR)		26 Rette di degenza	
03-PO Medicinali - prodotti omeopatici (allegare mod. FAR)		35 Ambulanza o eliambulanza (rimborso solo ASA)	
51 Medicinali e omeopatici liquidabili solo in ASA		<b>TOTALE</b>	

**Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del S.S.N.**

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA PER LE STESSA SPESE PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO SI  NO   
 COMPAGNIA / FONDO / CASSA \_\_\_\_\_ E L'IMPORTO LIQUIDATO \_\_\_\_\_

 **Firma del Socio richiedente** \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali - D. Lgs. 196/2003:** Avendo ricevuto l'Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per le finalità di fruizione delle provvidenze e della gestione provvidenze e della gestione e liquidazione delle richieste di rimborso, per quanto occorrer possa, presto il consenso alla comunicazione dei miei dati personali da parte del Fondo Assistenza e da parte del Banco BPM ai soggetti(\*) coinvolti nel flusso operativo, ed al trattamento dei miei dati sensibili nei termini strettamente necessari, da parte del Fondo Assistenza e da parte del Banco BPM, ivi compresa la loro comunicazione ai soggetti(\*) coinvolti nel flusso operativo, nei limiti delle attività e competenze proprie di ciascuno degli stessi.  
 (\*) Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.a., RBM Salute S.p.a.

 **ATTENZIONE** **Firma per consenso della persona intestataria delle spese sanitarie (se minore, firma del Socio)** \_\_\_\_\_