

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

FONDAZIONE ENASARCO

RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell.(*) _____ E-mail _____

(*): Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Segnare con una crocetta il tipo di indennizzo richiesto quindi la relativa documentazione allegata

PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA

Indennità da intervento chirurgico

Indennità da ricovero
senza intervento chirurgico:

-Copia della cartella clinica completa
di scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
-In caso di intervento chirurgico ambulatoriale
copia completa della documentazione clinica
e/o referto operatorio

Indennità di degenza domiciliare a seguito di
applicazione chemioterapica o radioterapica

-Certificati attestanti i cicli di chemio o
radioterapia
-Certificato di prescrizione di degenza domiciliare

Indennità di degenza domiciliare a seguito di
ricovero dovuto ad infarto o ictus

PRESTAZIONI IN CASO DI INFORTUNIO

Indennità di degenza domiciliare a seguito di punti di sutura

Indennità di degenza a seguito di applicazione di
collare cervicale

Indennità di degenza domiciliare a seguito di applicazione di
tutore immobilizzante sostitutivo di gessatura, bendaggio elastico
e altri presidi medici equivalenti in assenza di frattura fino a 20 giorni

Indennità di degenza domiciliare a seguito di applicazione di
tutore immobilizzante sostitutivo di gessatura, bendaggio elastico
e altri presidi medici equivalenti in assenza di frattura oltre a 20 giorni

Indennità di degenza domiciliare a seguito di applicazione di
gessatura o di altro mezzo di immobilizzazione a seguito di frattura
senza intervento chirurgico, fino a 30 giorni

Indennità di degenza domiciliare a seguito di applicazione di
gessatura o di altro mezzo di immobilizzazione a seguito di frattura
senza intervento chirurgico, oltre 30 giorni

- Copia cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (SDO) dalla quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare
- Certificato di prolungamento della degenza domiciliare
- Certificato di pronto soccorso dal quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare
- Dichiarazione attestante le modalità dell'infortunio
- Certificato di prolungamento della degenza domiciliare
- Certificato di guarigione o certificato di rimozione della gessatura o dell'apparecchio immobilizzante

Rimborso spese per Grande Intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia

- Copia della cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
- Copia delle prescrizioni mediche relative ad accertamenti, esami clinici, visite specialistiche medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi cure termali eseguiti prima o dopo il grande intervento chirurgico
- Copia fatture e/o delle notule di spesa regolarmente quietanzate

Indennità da parto

- Copia del certificato di nascita del neonato

Indennità di degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto ad ustioni

- Copia della cartella clinica completa di di scheda di dimissione ospedaliera (SDO) dalla quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare
- Certificato di prescrizione di degenza domiciliare ed eventuali certificati di prolungamento della degenza domiciliare

Indennità da ricovero senza intervento chirurgico fino a 4 giorni

Indennità da ricovero senza intervento chirurgico oltre 4 giorni

Indennità da ricovero senza intervento chirurgico fino a 10 giorni

Indennità da ricovero senza intervento chirurgico oltre 10 giorni

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Assicurazione Salute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

Data compilazione: _____

Firma del titolare della copertura: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali – REGOLAMENTO UE 2016/679

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondazione Enasarco, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Interessato _____

Firma per Consenso _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)