

CASPIE

00187 ROMA - VIA DUE MACELLI, 73
NUMERO VERDE: 800 254 313

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

RISERVATO ALL'ASSISTITO (da compilarsi in tutte le sue parti)

Titolare dell'assistenza

Telefono n. Domicilio

INFERMO: Sig. (parentela con il titolare)

età Diagnosi/tipo delle lesioni durata degenza gg.

RIEPILOGO DELLE SPESE

	a cura dell'assistito	riservato agli uffici
01 <input type="checkbox"/> Ricovero con intervento
02 <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale
03 <input type="checkbox"/> Intervento su neonato
04 <input type="checkbox"/> Ricovero senza intervento
05 <input type="checkbox"/> Parto non cesareo
06 <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero
07 <input type="checkbox"/> Cure domiciliari/ambulatoriali
08 <input type="checkbox"/> Lenti ed occhiali
09 <input type="checkbox"/> Cure e protesi dentarie
10 <input type="checkbox"/> Altre causali
TOTALE

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- A) RICOVERI
- Copia originale della cartella clinica (che non verrà restituita);
 - Prescrizione medica e diagnosi degli eventuali accertamenti diagnostici effettuati prima del ricovero, nonché dei trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure infermieristiche, cure termali ed esami effettuati dopo il ricovero in conseguenza dello stesso;
 - Prescrizione e diagnosi dei medicinali necessari a seguito dell'intervento, corredata delle relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia (tutto in originale).
- B) CURE DOMICILIARI O AMBULATORIALI
- Diagnosi;
 - Prescrizione medica specialistica degli eventuali accertamenti diagnostici o terapie;
 - Prescrizione medica degli eventuali medicinali (non ammessi al rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale) corredata delle relative "fustelle", scontrini e munita del timbro della farmacia (tutto in originale);
 - Fatture relative alle spese sostenute per il ciclo di cura.
- C) CURE E PROTESI DENTARIE
- Dettaglio delle singole prestazioni effettuate ed il relativo importo;
 - Fatture relative alle spese sostenute.
- D) ACQUISTO DI LENTI ED OCCHIALI
- Certificazione medica attestante la modifica del visus o eventualmente la circostanza che trattasi di prima prescrizione lenti;
 - Fattura relativa all'acquisto delle lenti od occhiali.
- E) ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI
- Prescrizione medica;
 - Fattura relativa all'acquisto degli apparecchi protesici.

AVVERTENZE:

- Compilare UNA richiesta di rimborso separata per OGNI PERSONA E PER OGNI MALATTIA O INFORTUNIO
- LE RICEVUTE DI SPESA DEVONO ESSERE TRASMESSE IN ORIGINALE

Nel richiedere il rimborso delle spese, il sottoscritto dichiara, sotto la sua personale responsabilità, che la documentazione prodotta è regolare e veritiera e che le spese stesse coprono ed esauriscono l'intero ciclo di cura relativo all'evento denunciato.

Inoltre, in relazione all'informativa sul trattamento dei dati personali ricevuta al momento dell'adesione alla Caspie (riportata anche sul sito web della Cassa: www.caspie.it) il sottoscritto dichiara di rilasciare il consenso al trattamento, da parte della Caspie e degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nella stessa informativa, dei propri dati personali e sensibili necessari per la gestione della pratica di rimborso delle spese sanitarie e per l'erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito.

Data

Firma

RISERVATO AGLI UFFICI DELLA CASPIE

RICHIESTA DI RIMBORSO N.	CODICE DELL'ASSISTITO INFERMO	ESITO <input type="checkbox"/> L Data	CODICE CONV.
Data di decorrenza delle prestazioni della Cassa in favore dell'Assistito infermo	Condizioni di assistenza: <input type="checkbox"/> Insindacabile giudizio <input type="checkbox"/> Patto speciale <input type="checkbox"/> Termini di aspettativa	Esclusioni applicate: 1)..... 2)..... 3).....	