

## 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:  
**Fondo Mètasalute Piano Sanitario Base - Piano Integrativo -Figli**  
 da compilare e restituire a Fondo Mètasalute  
**presso RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.**  
 Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

**II/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO**

**II/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**

**Documentazione richiesta:**

**Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico:**

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche

**Prestazioni pre e post ricovero:**

Copia prescrizioni mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Ricovero per intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva**

Copia della cartella clinica completa

**Ricovero per intervento chirurgico: richiesta indennità da convalescenza**

Copia cartella clinica completa

**Prestazioni di alta specializzazione:**

Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Ospedalizzazione domiciliare successiva ricovero con intervento**

Copia cartella clinica completa   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Ticket per accertamenti diagnostici:**

Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia ticket sanitario

**Fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, post intervento, malattia:**

Copia prescrizione medica con indicata la patologia   
 Copia del certificato di pronto soccorso ( solo se da infortunio)   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Odontoiatriche/ortodonzia:**

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Interventi chirurgici odontoiatri:**

Copia prescrizioni mediche con indicata patologia presunta o accertata   
 Radiografie, referti radiologici, referti istologici (ove richiesti)   
 fotografia digitale post intervento (ove richiesto)   
In caso di ricovero: copia cartella clinica completa ed eventuali   
 prescrizioni mediche   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Neonati-ricovero per intervento chirurgico**

Copia cartella clinica completa   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Visite specialistiche:**

- Copia prescrizioni mediche con indicata la presunta o accertata
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Accertamenti diagnostici:**

- Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Terapie:**

- Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Sindrome Metabolica:**

- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prevenzione (pacchetto donna-uomo-posturale):**

- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Fecondazione Eterologa:**

- Copia cartella clinica
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici:**

- ( piano sanitario figli)
- Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Lenti e occhiali**

- Copia prescrizione oculistica o optometrista attestante variazione visus
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Odontoiatria ( visite, igiene orale, cure, terapie, protesi):**

- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prestazioni diagnostiche particolari ( analisi di laboratorio, elettro Cardiogramma di base e ecotomografica add superiore ( 4/5 organi**

- Copia prescrizioni mediche con indicata la presunta o accertata patologia
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Protocollo Minori:**

- Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prestazioni per il recupero dell'inabilità temporanea al lavoro**

- (da malattia/infortunio)
- Copia cartella clinica e/o certificati medici
- (referti medici o documentazione medica attestante l'inabilità)

**Cure termali (solo per i figli minorenni):**

- Copia prescrizioni mediche con indicata la presunta o accertata
- Copia fatture e/o ricevute fiscali

Si allega copia delle seguenti fatture:

Numero fattura/ricevuta	Data	Importo	Struttura Sanitaria/Medico

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

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

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

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO  SI\* \_\_\_\_\_

**\*SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

**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:

( in caso di modifica dell'IBAN è necessario aggiornare i dati attraverso l'area riservata del sito internet)

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 – D. Lgs 196/2003**

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, Fondo Mètasalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM 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)*