

C) PRESTAZIONI SANITARIE

Barrare l'oggetto della richiesta di rimborso e i documenti che si allegano in copia

MONTATURA per lenti graduate correttive

Allegare la seguente documentazione

- Copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista/optometrista
(esclusivamente per documenti di spesa con data fino al 30 settembre 2022)
- Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante

AUSILI/PRESIDI SANITARI

- Sedia a rotelle
- Plantari ortopedici
- Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori

(Specificare) _____

- Busto ortopedico
- Corsetto ortopedico
- Tutori/ortesi ortopedico
- Contenitore addominale
- Calzature ortopediche

Allegare la seguente documentazione

- Copia prescrizione del medico specialista
(deve contenere il quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione)
- Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta emessa dal fornitore

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Allegare la seguente documentazione

- Copia prescrizione del medico specialista
- Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta
(il documento deve riportare il titolo abilitante del medico professionista)

VISITE SPECIALISTICHE

Allegare la seguente documentazione

- Copia del documento di spesa
(il documento deve riportare il titolo abilitante del medico professionista)

La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc...) va presentata in fotocopia. Sanedil potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata. In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, Sanedil ne darà comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo.

Con la sottoscrizione e la consegna dell'apposito modulo privacy, dichiaro di aver espresso al Fondo Sanedil il consenso al trattamento dei dati personali valevole per le finalità previste dalla specifica informativa, di cui ho preso visione.

Luogo e Data

Firma dell'Isritto/a