

Spett.le
FASIE
 CASELLA POSTALE 140
 31021 Mogliano Veneto (TV)

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE - Mod. RF01/10

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

DATI ISCRITTO:

Numero iscrizione: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Matricola aziendale: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: []	Nato il: [] [] [] [] [] [] Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
E-mail: _____	

DATI FAMILIARE (per il quale si richiede il rimborso):

Numero iscrizione: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Nome: _____
Cognome: _____	Nato il: [] [] [] [] [] [] Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale: []	

ATTIVAZIONE SERVIZIO SEGUI LA TUA PRATICA:

Indicare un numero di **telefono cellulare** ove si voglia ricevere gratuitamente, a mezzo sms:

- la conferma di ricezione, da parte del Fondo, della domanda di rimborso;
- la comunicazione di avvenuto pagamento

Cell. []

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| A18 - Grandi interventi a pagamento | <input type="checkbox"/> | P17 - Ricoveri tipo D.H. ASL senza int. Chir..... | <input type="checkbox"/> |
| B18 - Grandi interventi ASL | <input type="checkbox"/> | G17 - Ricoveri parto non cesareo | <input type="checkbox"/> |
| A17 - Ricoveri ordinari a pagamento con int. chir. | <input type="checkbox"/> | H17 - Pre/post ricoveri ordinari a pagamento..... | <input type="checkbox"/> |
| B17 - Ricoveri ordinari a pagamento senza int. chir.. | <input type="checkbox"/> | I17 - Pre/post ricoveri ordinari ASL | <input type="checkbox"/> |
| C17 - Ricoveri ordinari ASL con int. chir..... | <input type="checkbox"/> | L17 - Pre/post oncologici | <input type="checkbox"/> |
| D17 - Ricoveri ordinari ASL senza int. chir. | <input type="checkbox"/> | M17 - Pre/post d.h. ASL | <input type="checkbox"/> |
| E17 - Ricoveri tipo d.h. con int. Chir. | <input type="checkbox"/> | A21 - Polispecialistica | <input type="checkbox"/> |
| F17 - Day Hospital e Day Surgery oncologico a pagamento . | <input type="checkbox"/> | A22 - Occhiali | <input type="checkbox"/> |
| O17 - Ricoveri tipo D.H. senza int. Chir. | <input type="checkbox"/> | B21 - Tickets .. | <input type="checkbox"/> |
| D18 - Pre/post grandi interventi | <input type="checkbox"/> | | |
| Q17 - Ricoveri tipo D.H. ASL con int. Chir. | <input type="checkbox"/> | | |

N.B. Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE" reperibile sul sito www.fasie.it.

Si allegano le seguenti fatture:

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Totale richiesto: []

N° altri documenti allegati (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

