



RICHIESTA INTEGRAZIONE SPESE SANITARIE (R.I.S.S.)

Codice Fidis	Cognome e Nome del Socio	Data presentazione
--------------	--------------------------	--------------------

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE RISPETTO A QUANTO IN PRECEDENZA SEGNALATO

Domicilio: Via - C.A.P. - Città	Tel. Abitazione	Tel. Ufficio
---------------------------------	-----------------	--------------

Banca su cui dovranno essere accreditate le integrazioni del Fondo
N.B.: in caso di più c/c si prega di utilizzare sempre lo stesso (riportare gli stessi dati rilevati dall'estratto conto rilasciato dalla Sua Banca)

Iban	
Banca	Città - Agenzia n.ro

Trasmetto, come da riepilogo sottoindicato, i giustificativi relativi a spese sostenute per me stesso e/o per i miei familiari, in fotocopia, **CONTROFIRMATI**, quale attestazione di autenticità, al fine di ottenere l'integrazione stabilita dalle norme vigenti. (Barrare le caselle che interessano e indicare a fianco di ciascun tipo di prestazione l'ammontare risultante dal/i documento/i, al netto delle spese per bolli, verificando per ciascuno di essi, la completezza delle informazioni indispensabili al fine della liquidazione.

IMPORTO DI SPESA

RICOVERI CON SPESE A CARICO DELL'ASSISTITO

<input type="checkbox"/>	Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA CON DESCRIZIONE , CODICE ED IMPORTI DELL'INTERVENTO PRINCIPALE E/O ALTRI INTERVENTI CONTEMPORANEI SECONDO IL NOMENCLATORE TARIFFARIO - COPIA INTEGRALE CARTELLA CLINICA LE PRESTAZIONI CHIRURGICHE VERRANNO RIMBORSATE SECONDO IL TARIFFARIO
--------------------------	---	-------

<input type="checkbox"/>	INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA - CERTIFICAZIONE MEDICA CON DIAGNOSI E DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO EFFETTUATO
--------------------------	---	-------

SPESE SOSTENUTE NEI 90 GG. SUCCESSIVI IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (E/O NEI 210 GG. SUCCESSIVI SE RICOVERO ONCOLOGICO)

<input type="checkbox"/>	Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA PER ANALISI DI LABORATORIO ED ESAMI DIAGNOSTICI, ASSISTENZA PRESTAZIONI MEDICHE, CHIRURGICHE, INFERMIERISTICHE, FISIOTERAPICHE E RIEDUCATIVE - CERTIFICAZIONE DI DIMISSIONE ATTESTANTE PERIODO DI DEGENZA E DIAGNOSI
--------------------------	--	-------

VISITE SPECIALISTICHE E/O PRESTAZIONI MEDICHE

<input type="checkbox"/>	Allegati : - N.....DOCUMENTI DI SPESA DA CUI SI RILEVA LA SPECIALIZZAZIONE DEL MEDICO NONCHE' IL TIPO DI VISITA SPECIALISTICA EFFETTUATA E/O INDICAZIONE DEL NUMERO E DEL TIPO DELLE PRESTAZIONI MEDICHE
--------------------------	--	-------

PRESTAZIONI STOMATOLOGICHE ED ODONTOIATRICHE

<input type="checkbox"/>	Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA CON INDICAZIONE DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE, IL NUMERO, LA POSIZIONE DEGLI ELEMENTI SOTTOPOSTI A CURA (MAX NUCLEO FAMILIARE: € 4.000/ANNO/SOCIO+ € 1.000/ANNO/AFFILIATO) - SONO ESCLUSE LE PRESTAZIONI DI ORTOGNATODONZIA
--------------------------	---	-------

<input type="checkbox"/>	ANALISI ED ACCERTAMENTI Allegati: - N..... DOCUMENTI DI SPESA CON DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEGLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
--------------------------	--	-------

TERAPIE FISICHE

<input type="checkbox"/>	Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA - PRESCRIZIONE MEDICA RILASCIATA DA SPECIALISTA NELL'APPARATO NEURO-MOTORIO, INDICANTE DIAGNOSI, TIPO DI TERAPIA E NUMERO DELLE SEDUTE
--------------------------	--	-------

<input type="checkbox"/>	PRESIDI Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA - PRESCRIZIONE MEDICA
--------------------------	---	-------

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

<input type="checkbox"/>	Allegati : - N..... DOCUMENTI DI SPESA CON INDICAZIONE DEL TIPO E DELLA DURATA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA - CERTIFICAZIONE MEDICA ATTESTANTE L'ESIGENZA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA - CERTIFICAZIONE ASL ATTESTANTE L'INVALIDITA' AL 100%
--------------------------	--	-------

<input type="checkbox"/>	CURE TERMALI Allegati: - N..... DOCUMENTI DI SPESA RELATIVI ALLE CURE EFFETTUATE (SOLO TICKET)
--------------------------	--	-------

OCCHIALI E LENTI A CONTATTO

Allegati: - N..... RICEVUTE O FATTURE DA CUI SI RILEVA IL TIPO DI LENTI ED IL POTERE DIOTTRICO
--	-------

Firma.....

TOTALE RICHIESTO

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i propri dati personali saranno trattati secondo quanto previsto nell'informativa privacy ricevuta al momento dell'iscrizione al Fidis e in virtù del consenso al trattamento dei dati personali prestato contestualmente all'iscrizione.