

MODALITÀ PER EFFETTUARE RICHIESTA DI RIMBORSO

CIASCUNA RICHIESTA DI RIMBORSO, PER OGNUNA DELLE PRESTAZIONI DI CUI AL PIANO SANITARIO SOTTOSCRITTO, DEVE ESSERE **TRASMESSA RIGOROSAMENTE IN COPIA:**

VIA MAIL: rimborsi@fondoinpiu.it

VIA FAX: al numero: 0161.257212

VIA POSTA ORDINARIA: Rimborsi Fondo In Più, Via Piero Lucca, 18 - 13100 Vercelli VC

**NON OLTRE 3 (TRE) MESI DALLA DATA DI
EFFETTUAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

IL MANCATO INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE SUDETTA NEI TERMINI INDICATI

COSTITUISCE CAUSA DI DECADENZA DEL DIRITTO AL CONSEGUIMENTO DEI RIMBORSI.

I DOCUMENTI INDISPENSABILI DA INVIARE PER OTTENERE I RIMBORSI

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI VISITE SPECIALISTICHE.

1- Modulo di Denuncia Sinistri compilato in ogni sua parte;

2- Prescrizione Medica (va bene sia redatta dallo Specialista che ha effettuato la Visita, sia dal Medico di Famiglia), in cui sia indicata chiaramente la patologia presunta o già diagnosticata che ha reso necessaria la Prestazione (**non saranno rimborsate Fatture e Ticket sprovviste di regolare prescrizione in quanto non sono rimborsabili gli Esami, Visite e Accertamenti di semplice controllo di routine o generico**);

(In alternativa alla Prescrizione si possono allegare i Referti della Visita da cui si evinca chiaramente qual'è la patologia presunta o già diagnosticata che ha reso necessaria la Visita);

3- Fatture di Spesa o Ticket (verificare con attenzione che la Fattura/Ricevuta Fiscale sia correttamente datata, timbrata e firmata);

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (come per esempio esami, radiografie, Tac, Risonanza, Mammografia, Gastroscopia,)

1- Modulo di Denuncia Sinistri compilato in ogni sua parte;

2- Prescrizione Medica (va bene sia redatta dallo Specialista che ha effettuato la Visita, sia dal Medico di Famiglia), in cui sia indicata chiaramente la patologia presunta o già diagnosticata che ha reso necessaria la Prestazione (**non saranno rimborsate Fatture e Ticket sprovviste di regolare prescrizione in quanto non sono rimborsabili gli Esami, Visite e Accertamenti di semplice controllo di routine o generico**);

(In alternativa alla Prescrizione si possono allegare i Referti degli Esami da cui si evinca chiaramente qual è la patologia presunta o già diagnosticata che ha reso necessaria la Visita);

3- Fatture di Spesa o Ticket (verificare con attenzione che la Fattura/Ricevuta Fiscale sia correttamente datata, timbrata e firmata);

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI CURE FISIOTERAPICHE

1- **Modulo di Denuncia Sinistri** compilato in ogni sua parte;

2- **Prescrizione Medica** (va bene sia redatta dallo Specialista che ha effettuato la Visita, sia dal Medico di Famiglia), in cui sia indicata chiaramente la patologia presunta o già diagnosticata che ha reso necessaria la Prestazione (**non saranno rimborsate Fatture e Ticket sprovviste di regolare prescrizione in quanto non sono rimborsabili gli Esami, Visite e Accertamenti di semplice controllo di routine o generico**);

3- ATTENZIONE: NELLA PRESCRIZIONE DEVONO ESSERE INDICATE IL TIPO DI TERAPIE PRESCRITTE E IL NUMERO PRECISO DI SEDUTE FISIOTERAPICHE DA ESEGUIRE;

4- **Fatture di Spesa o Ticket** (verificare con attenzione che la Fattura/Ricevuta Fiscale sia correttamente datata, timbrata e firmata – **non sono accettate Fatture di centri ginnici o estetici** – il Fisioterapista o il Centro Fisioterapico deve essere regolarmente iscritti ai relativi Albo);

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI CURE ODONTOIATRICHE

1- MODULO DI DENUNCIA DELLE SPESE ODONTOIATRICHE FATTO COMPILARE, FIRMARE E TIMBRARE DAL DENTISTA CON INSERITE TUTTE LE PRESTAZIONI DENTARIE CHE DEVONO ESSERE ESEGUITE;

2- **Fatture di Spesa** – in ciascuna fattura deve essere inserito il riferimento a quali prestazioni siano state eseguite precisamente per quello specifico importo (l'importo totale delle Fatture del Dentista dovrà coincidere a quanto inserito dal Dentista nel totale del Modulo di Denuncia Sinistri);

PER CHIEDERE IL RIMBORSO LENTI (PER OCCHIALI O A CONTATTO)

1- **Modulo di Denuncia Sinistri** compilato in ogni sua parte;

2- **Foglio di Modifica del Visus** (è il Foglio rilasciato dall'Oculista o dall'Ottico in cui sono registrate le diottrie – ricordiamo che le Lenti saranno rimborsate solo a seguito di Modifica del visus rispetto alla richiesta precedente registrata a sistema)

3- **Fatture di Spesa/Ricevute Fiscali/Scontrini Fiscali:** **attenzione nel caso di acquisto di lenti per occhiali è indispensabile richiedere che l'importo relativo alle Lenti sia scorporato dall'importo relativo ad eventuali montature di occhiali (le montature non sono rimborsabili);**

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI RICOVERO IN DAY HOSPITALE PER TERAPIE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

(escluso sempre il check-up di medicina preventiva) :

- 1- Modulo di denuncia sinistri compilato in ogni sua parte;
- 2- Richiesta medica con diagnosi certa e circostanziata ed indicazione della terapia e degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio necessari;
- 3- Cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti;
- 4- Fatturalricevuta fiscale con timbro, firma e data;

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI IN DAY SURGERY (cioè senza ricovero notturno)

- 1- Modulo di denuncia sinistri compilato in ogni sua parte;
- 2- Richiesta medica con diagnosi certa e circostanziata ed indicazione della terapia e degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio necessari;
- 3- Cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti;
- 4- Fatturalricevuta fiscale con timbro, firma e data;

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI RICOVERO CON DEGENZA NOTTURNA CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

- 1- Modulo di denuncia sinistri compilato in ogni sua parte;
- 2- Richiesta medica con diagnosi certa e circostanziata ed indicazione della terapia e degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio necessari;
- 3- Cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti;
- 4- Fatturalricevuta fiscale con timbro, firma e data;

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI INTERVENTI AMBULATORIALI

- 1- Modulo di denuncia sinistri compilato in ogni sua parte;
- 2- Richiesta medica con diagnosi certa e circostanziata;
- 3- Copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che l'ha effettuato;
- 4- Fatturalricevuta fiscale con timbro, firma e data;

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI “DIARIA GIORNALIERA SOSTITUTIVA” PER RICOVERI NEL SERVIZIO PUBBLICO

1-Modulo di denuncia sinistri compilato in ogni sua parte;

2-Cartella clinica della struttura sanitaria autorizzata completa in tutte le sue parti;

PER CHIEDERE IL RIMBORSO DI TICKET

I ticket sono integralmente rimborsati nei limiti del massimale e delle prestazioni previste dal Piano sanitario sottoscritto;

1- Modulo di denuncia sinistri compilato in ogni sua parte;

2- Copia della Ricetta Medica o della Prescrizione

(ATTENZIONE: RICORDIAMO DI PROVVEDERE SEMPRE A FOTOCOPIARE LA RICETTA E/O PRESCRIZIONE PRIMA DI PAGARE IL TICKET PERCHE' LA RICETTA VERRA' RITIRATA DALL'ENTE AL MOMENTO DEL PAGAMENTO).

Spett.le
IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA -
FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
c/o SOARDO E ASSOCIATI SRL
VIA PIERO LUCCA, 18
13100 VERCELLI VC

OGGETTO : CODICE SOCIO N. _____ PIANO SANITARIO: _____ NOME E COGNOME DELL'ASSOCIATO: _____
--

NOME _____	COGNOME _____
VIA _____	CAP _____ CITTÀ _____

Codice IBAN _____

Intestato a: _____

MEDICO CURANTE (nome, cognome, indirizzo)

DATA _____ Firma dell'Assicurato _____

In conformità a quanto previsto dal DL 196/03, Vi informiamo che i dati personali/sensibili da Voi forniti alla SOARDO E ASSOCIATI SRL verranno trattati con la massima attenzione per quanto concerne gli aspetti di riservatezza e sicurezza. Preso atto di quanto indicato, esprimo il consenso:

- al trattamento da parte del Titolare e degli altri soggetti della catena Assicurativa, dei dati personali sia comuni sia sensibili, che mi riguardano
- al trasferimento degli stessi dati all'estero

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo _____ Firma dell'Assicurato _____

RAPPORTO DEL MEDICO

Diagnosi _____

Prognosi _____

Accertamenti necessari

Ricovero _____ in data _____

Presso Istituto di Cura _____

Data _____ Il Medico
Timbro e Firma _____