FISDE

MODULO PER RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE IN FORMA DIRETTA - FAX RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A □ SOCIO ORDINARIO □ SOCIO STRAORDINARIO □ SOCIO AGGREGATO

COGNOME …… NOME ……

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CHIEDE per sé ☐ per l'avente diritto ☐

COGNOME …… NOME ……..

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| l'autorizzazione alla seguente prestazione sanitaria ……

COMPILAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

STRUTTURA SANITARIA **……**N. FAX **……**

COD. FISDE _____ Data prevista della prestazione: _____

Si allegano:
prescrizione/attestazione sanitaria (N.B. per la fisiochinesiterapia la prescrizione deve indicare che le prestazioni sono connesse a stato morboso comportante limitazione funzionale, nonché diagnosi eziologica, tipologia e numero prestazioni) ☐
preventivo di spesa per odontoiatria ☐ **modulo fisiochinesiterapia** ☐

_____	_____	_____	_____
(luogo e data)	Il Socio	L'avente diritto – se maggiorenne	Timbro e Firma Struttura Sanitaria

DICHIARAZIONI DI IMPEGNO E RESPONSABILITA' DA PARTE DEL SOCIO

Ai fini della presente domanda, il/la sottoscritto/a dichiara:
- di essersi trovato/a nella impossibilità di avvalersi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle predette prestazioni sanitarie;
- di conoscere lo Statuto, il Regolamento delle prestazioni sanitarie, lo P.S.A.I. ed il Nomenclatore Tariffario del Fisde e di impegnarsi, secondo quanto previsto dall'art.6 del Regolamento, in particolare a:
- riversare al FISDE sul c/c postale 95885000 intestato a FISDE – Via Nizza, 152 – 00198 Roma, o sul c/c bancario intestato a FISDE, entro 30 giorni dalla data in cui ha ottenuto il rimborso corrisposto dalla Regione o da altri Organismi, l'importo stesso nei limiti del rimborso ottenuto dal FISDE per le prestazioni sanitarie oggetto della medesima richiesta alla ASL ed al FISDE, nonché a riversare la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente la spesa effettivamente sostenuta, entro 30 giorni dal pagamento delle prestazioni fruite.

Il sottoscritto dichiara, inoltre:
- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 8 del Regolamento delle prestazioni sanitarie, riconoscendo al FISDE la facoltà di avvalersi di propri medici per il controllo delle prestazioni effettuate e per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso;
- di essere a conoscenza delle sanzioni applicabili nel caso di produzione di documentazione o dichiarazioni non veritiere allo scopo di ottenere rimborsi non dovuti, come la sospensione dall'esercizio del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di socio nei casi di maggiore gravità;
- che le prestazioni di cui alla presente domanda saranno fruite nella piena titolarità del diritto alle stesse, impegnandosi a restituire al FISDE le somme pagate dal Fondo alla struttura sanitaria per prestazioni fruite in assenza di titolarità del diritto;
- che il familiare al quale è riferita la prestazione sanitaria oggetto di rimborso è un proprio familiare fiscalmente a carico per il quale ha titolo ed usufruisce delle deduzioni/detrazioni IRPEF. Al riguardo, si impegna a produrre, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, la documentazione reddituale attestante la situazione di carico fiscale ed a restituire al FISDE quanto percepito nel caso il familiare non risultasse fiscalmente a carico. Dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto di detto termine ovvero dalla produzione di documentazione non comprovante che il familiare era a carico.

_____	_____	_____
(luogo e data)	Il Socio (firma leggibile)	L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.lgs. n. 196/2003).

Preso atto dell'informativa ricevuta esprimo il mio consenso al FISDE, ai consulenti e fornitori di servizi del FISDE, all'ARCA, alle Strutture Sanitarie ed ai Medici-Chirurghi-Odontoiatri che lo hanno tenuto o terranno in cura, affinché gli stessi soggetti possano trattare, anche con sistemi informatici, i propri dati personali e sensibili per quanto previsto dalla normativa FISDE. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa. Dichiara, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

_____	_____	_____
(luogo e data)	Il Socio (firma leggibile)	L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)

COMPILAZIONE A CURA DEL CENTRO SERVIZI ARCA

SI ☐ **NO** ☐ N. **AUTORIZZAZIONE** _____ validità _____ **COD. FISDE**_____

NOTE _____

DATA _____ **TIMBRO E FIRMA DEL CENTRO SERVIZI ARCA**