



N. PRATICA

**MODULO PER RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE IN FORMA INDIRECTA**

AVVERTENZE: LA DOMANDA PRESENTATA DEVE ESSERE CORREDATA DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA DAI REGOLAMENTI FISDE VIGENTI. LE DOMANDE INCOMPLETE NON POTRANNO ESSERE ACCOLTE. E' NECESSARIO ESIBIRE GLI ORIGINALI DELLE FATTURE CON APPLICATA LA MARCA DA BOLLO LADDOVE PREVISTA DALLA NORMATIVA FISCALE.

Il/la sottoscritto/a	<input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO	<input type="checkbox"/> SOCIO STRAORDINARIO	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO ESTERNO
COGNOME .....	NOME .....		
CODICE FISCALE	CHIEDE per sé <input type="checkbox"/> per l'avente diritto <input type="checkbox"/>		
COGNOME .....	NOME .....		
CODICE FISCALE	il rimborso per la seguente prestazione sanitaria:		
.....			

Allega: prescrizione/attestazione sanitaria  cartella clinica  altro   
 Scheda per cure odontoiatriche  certificazione cure odontoiatriche

SOGGETTO CHE HA EMESSO FATTURA/RICEVUTA FISCALE	NUMERO	DATA	IMPORTO

**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 Fisce 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 fruitive.

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 del diritto alle prestazioni, o la perdita della qualifica di socio/ beneficiario esterno nei casi di maggiore gravità.;

- 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/detraioni 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. Dichiaro 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)

Socio/Beneficiario esterno (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. Dichiaro, 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)

Socio/Beneficiario esterno (firma leggibile)

L'avente diritto - se maggiorenne (firma leggibile)

Il/La Socio/a/Beneficiario esterno dichiara che il Service ARCA ha consegnato regolare ricevuta della domanda presentata ed attesta che tutti i dati in essa contenuti sono aggiornati e corretti.

(luogo e data)

Socio/Beneficiario esterno (firma leggibile)

L'avente diritto - se maggiorenne (firma leggibile)