

ISTRUZIONI 2011

per la richiesta

di sussidi

Verona, 16 dicembre 2011
Funz. Welfare – Uff. Assistenza cmp Vr



Prefazione: anche nelle Istruzioni esiste un filo conduttore

- ✓ Legalità per senso di giustizia
- ✓ Chiarezza per vedere i bisogni
 - nei documenti
 - nelle prestazioni
- ✓ Completezza per capire gli eventi
 - nelle presentazioni



LEGALITA' per senso di giustizia

- fatture sanitarie esenti IVA art. 10 DPR 633/72 sono emesse da
 - medici e paramedici
 - professionisti in campo sanitario
 - enti/centri sanitari per prestazioni di carattere diagnostico
- documentazioni complete nella compilazione:
 - es. intestazioni dei documenti, imposta di bollo

**richiedere i documenti corretti è un
DIRITTO e DOVERE**

CHIAREZZA per vedere i bisogni

- prescrizione in originale
- dichiarazione di conformità per l'acquisto di occhiali oppure fustelle delle lenti corneali
- scheda per cure odontoiatriche
- prescrizione medico termale
- descrizioni delle patologie
- modulo di presentazione dei farmaci

**presentare documenti chiari consente d'avere un
QUADRO COMPLETO SULLA PERSONA**

COMPLETEZZA per capire gli eventi

- invio a fine prestazione
- dettaglio delle prestazioni
 - tipologia delle prestazioni
 - quantità delle prestazioni
 - motivazione/causa della prestazione
- inviare quanto è richiesto dalle Istruzioni e dalle comunicazioni (es. lettere dei respingimenti)
- modulistica corretta

**conoscere e leggere le regole del FAS permette
maggiore CELERITA' NEI RIMBORSI**

I moduli delle Istruzioni 2011

- Modulo di richiesta di rimborso delle spese sanitarie:
 - Forma cartacea
 - Forma elettronica
 - Scheda per spese dentarie
 - Scheda per la richiesta di rimborso dei farmaci
 - Modulo per l'autocertificazione annuale
 - Modulo richiesta revisione sussidi e liquidazioni
 - Modulo di recesso
 - Altri moduli e comunicazioni
-
-
-

Segue da " I moduli delle Istruzioni 2011"

FAS (Numero di Protocollo)

MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE
(utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo deve pervenire, compilato in ogni sua parte, al seguente indirizzo:
FAS - Fondo Assistenza fra il personale del Gruppo Banco Popolare
via Meucci 5 - 37135 VERONA
unitamente alla documentazione medica e di spesa in originale secondo quanto previsto dalle Istruzioni 2011

Il/La sottoscritto/a Socio in servizio Socio in quiescenza Data ___/___/___

DATI ANAGRAFICI DEL SOCIO RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il ___/___/___ Sesso M F Cod. Fisc. _____
 Indirizzo _____ Cap _____ Città _____
 Telefono / Cellulare _____ E-mail _____
 Società di appartenenza _____ Matricola _____

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE
secondo le norme vigenti e come di seguito specificato, per sé o per il familiare specificato

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____ Parentela _____
 Nato/a _____ il ___/___/___ Sesso M F Cod. Fisc. _____

CASISTICA SPESA	COD.	SPESA DENUNCIATA	NR. ALLEGATI
Visite mediche	01 - VM		
Accertamenti diagnostici	01 - AD		
Sedute psicoterapiche	01 - SP		
Ticket codici 01-VM, 01-AD, 01-SP			
16			
Treatamenti fisioterapici per situazioni gravi (vedi Istruzioni)	02 - MG		
Treatamenti fisioterapici	02 - TR		
Sedute dietista	02 - DI		
Cure Termali			
Ticket codici 02-MG, 02-TR, 02-DI			
Medicinali			
Medicinali - prodotti omeopatici			
Spese odontoiatriche			
Spese ortodontiche			
Interventi			
Occhiali e lenti			
Protesi, ausili e presbiteri			
Assistenti			
Impianti			
Rette di degenza			
Rette di degenza			
TOTALI			

Al fine della presente domanda di rimborso, è effettuato il presente modulo e la richiesta ad altra forma integrativa del S.S.N.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRE RICHIESTE PER LE STESSA SPESE PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO
 NO SI E L'IMPORTO DICHIARATO _____

SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA _____

Data compilazione ___/___/___ Firma del Socio richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati personali - D. Lgs. 196/2003
 Avendo ricevuto l'Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) per le finalità di fruizione delle provvidenze e della gestione provvidenze e della gestione e liquidazione delle richieste di rimborso, per quanto occorre possa, prelo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali da parte del Fondo Assistenza e da parte del Banco Popolare ai soggetti(*) coinvolti nel flusso operativo, ed al trattamento dei miei dati personali nei termini strettamente necessari, da parte del Fondo Assistenza e da parte del Banco Popolare, mi comprese la comunicazione ai soggetti(*) coinvolti nel flusso operativo, nei limiti delle attività e competenze proprie di ciascuno degli stessi.
 (*) Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.a., DiV Salute S.p.a.

Data compilazione ___/___/___ Firma per consenso della persona per la quale si chiede il rimborso _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

(Ed. 2011/03)

Dati del socio

Dati familiare del socio

Quali sono i dati sempre obbligatori?

FIRMA del socio

FIRMA di...???

(Numero di Protocollo)

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO CURE DENTARIE
 (da allegare alla richiesta di rimborso)

Si prega il Medico Odontoiatra di compilare la presente scheda che accompagnerà i documenti di spesa del/della sig./sig.ra.....

numero della fattura	data della fattura

Si segnala che la documentazione di spesa allegata alla presente scheda si riferisce

- A saldo di un lavoro odontoiatrico (senza preventivo previo: si prega di compilare il dettaglio "Tipologia Prestazioni")
- All'ultima fattura di saldo di un lavoro odontoiatrico dettagliato da preventivo (si richiede di compilare completamente la scheda sia nella parte relativa al dettaglio "Tipologia Prestazioni" e che al "Riepilogo Acconti")

TIPOLOGIA PRESTAZIONI

Prevenzione	Importo	Endodonzia	Importo
4.111 Valutazione Orale Periodica		4.161 Amputaz. Coron. Polpa e Otturaz. Del Cavo Pulpare (decidui)	
4.112 Visita di Emergenza (con intervento d'urgenza)		4.162 Terapia End. 1 Canale Radicolare (incluso rad. diagnostica)	
4.113 Radiografia Endorale e Occlusale o Bite-wing		4.163 Terapia End. 2 Canale Radicolare (incluso rad. diagnostica)	
4.114 radiografia: per ogni radiogramma in più		4.164 Terapia End. 3 Canale Radicolare (incluso rad. diagnostica)	
4.115 Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro - Adulto		Chirurgia	
4.116 Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro - Bambino		4.171 Estrazione semplice di Dente o Radice	
4.117 Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Bambino		4.172 Est. Compresa Dente o radice (o in incl. Ossea parz.)	
4.118 Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Adulto		4.173 Estrazione in Dente o Radici in inclusione Ossea Totale	
Visite		Protesica	
4.121 Visita Orale, Visita Specialistica		4.181 Corona Protetica in L.N.P. e ceramica	
4.122 Igiene orale		4.182 Corona Protetica in L.P. e Ceramica	
Radiologia		4.183 Corona Protetica in Ceramica Integrale	
4.131 Rx Antero - Post. - o Lat. Cranio e delle Ossa Facciali		4.184 Corona Protetica Provvisoria Semplice in Resina	
4.132 Ortopantomografia dentale (OTP)		4.185 Perno Mono./Ric. Con Perno (Fuso/Prefab. /Fibra Carb.)	
Conservativa		4.186 Protesi Totale in Resina Superiore	
4.141 Sigillatura (per ogni dente)		4.187 Protesi Totale in Resina Inferiore	
4.142 Otturazione in Composito o Amaigama (1-2 superfici)		4.188 Protesi Parziale Resina Sup. (fino 3 elem. - incl. Gangli)	
4.143 Otturazione in Composito o Amaigama (3-5 superfici)		4.189 Protesi Parziale Resina Inf. (fino 3 elem. - incl. Gangli)	
Parodontologia		4.190 Scheletrato Lega Stelitica (fino 3 elem.) - Arc. Sup.	
4.151 Scaling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)		4.191 Scheletrato Lega Stelitica (fino 3 elem.) - Arc. Inf.	
4.152 Legature Dentali Extra-Coronali (4 denti)		4.192 Gancio su Scheletrato	
4.153 Gengivectomia (per 4 denti)		4.193 Riparazione Protesi	
4.154 Gengivectomia per dente		4.194 Aggiunz. Elem. Su Protesi parziale o Elem. Su Schelet.	
4.155 Lembo Gengivale Semplice per 4 denti		4.195 Ribassatura Definitiva Protesi Tot. Sup. - tecnica Indiretta	
4.156 Lembo Mucos./Geng.		4.196 Ribassatura Definitiva Protesi Tot. Inf. - tecnica Indiretta	
4.157 Riposiz. Apic./Courret./Cielo aperto (4denti)			
4.157 Rizoectomia per Radice (incluso lembo di accesso)			

- (segue) -

Segue da " I moduli delle Istruzioni 2011"

4.197	Ribassatura Protesi Totale Sup. - tecnica diretta	
4.198	Ribassatura Protesi Totale Inf. - tecnica diretta	
4.199	Attacco di Precisione in L.N.P.	
Ortoognatodonzia		
4.201	Studio del caso	
4.202	Terapia Ort. Appar. Fisse per arcata/per anno (adolescenti)	
4.203	Terapia Ort. Appar. Fisse per arcata/per anno (adulti)	
4.204	Terapia Ort. Appar. Mobili o Funz. per Arc. per arcata/anno	
4.205	Visita ortodontica con rilievo impronte mod.studio	
4.206	Byte notturno	

Implantologia		
4.216	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)	
Altro		
4.301	Altro (specificare)	
4.301	Altro (specificare)	
4.301	Altro (specificare)	
4.301	Altro (specificare)	
4.301	Altro (specificare)	

SCHEMA NUMERICO DENTALE

ARCATA DX SUPERIORE I° QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

ARCATA SX SUPERIORE II° QUADRANTE							
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

RIEPILOGO ACCONTI

	Importo
4.000	PREVENTIVO DEL / /
4.001	1°ACCONTO DEL / / / /
4.002	2°ACCONTO DEL / / / /
4.003	3°ACCONTO DEL / / / /
4.004	4°ACCONTO DEL / / / /
4.005	5°ACCONTO DEL / / / /
4.006	6°ACCONTO DEL / / / /

	Importo
4.007	7°ACCONTO DEL / / / /
4.008	8°ACCONTO DEL / / / /
4.009	9°ACCONTO DEL / / / /
4.010	10°ACCONTO DEL / / / /
4.011	11°ACCONTO DEL / / / /
4.012	12°ACCONTO DEL / / / /
4.099	ULTIMA FATTURA DEL / / / /
TOTALE SALDO	

Il sottoscritto dichiara che le prestazioni esposte corrispondono effettivamente a quelle eseguite.

Data compilazione _____

 DATA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



Chi lo compila?

Quando si deve presentare?

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO FARMACI
(da inserire nella richiesta di rimborso)

Usare una scheda per ogni ricetta medica (da pinzare sul retro della scheda)
apponendo solo le fustelle relative agli scontrini dei medicinali descritti nella prescrizione
e gli scontrini stessi

Nominativo dell'intestatario della prescrizione.....

	Totale spesa sostenuta Euro _____ , _____	
	<p>Avvertenze</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. allegare prescrizione medica in originale (pinzare sul retro della scheda); 2. allegare documento di spesa (scontrini fiscali) in originale; 3. allegare fustelle dei farmaci (massimo 5 acquisti per prodotto nell'arco dell'anno); 4. per prodotti omeopatici nello spazio riservato alle fustelle pinzare parte dell'involucro del farmaco con nome dello stesso e la dicitura rimedio/medicinale omeopatico; 5. segnare l'importo totale da liquidare; 6. allegare la presente scheda al modulo di richiesta di rimborso. 	
<p>spazio riservato alle fustelle con codice barre</p>	<p>spazio riservato alle fustelle con codice barre</p>	<p>alle fustelle con codice barre</p>

Segue da " I moduli delle Istruzioni 2011"

Una prescrizione per modulo che va allegata dietro allo stesso

Sulla facciata di sinistra del modulo vanno pinzati gli scontrini

Sulla facciata di destra vanno incollati gli adesivi con codice a barre e codice AIC (A0)

In farmacia



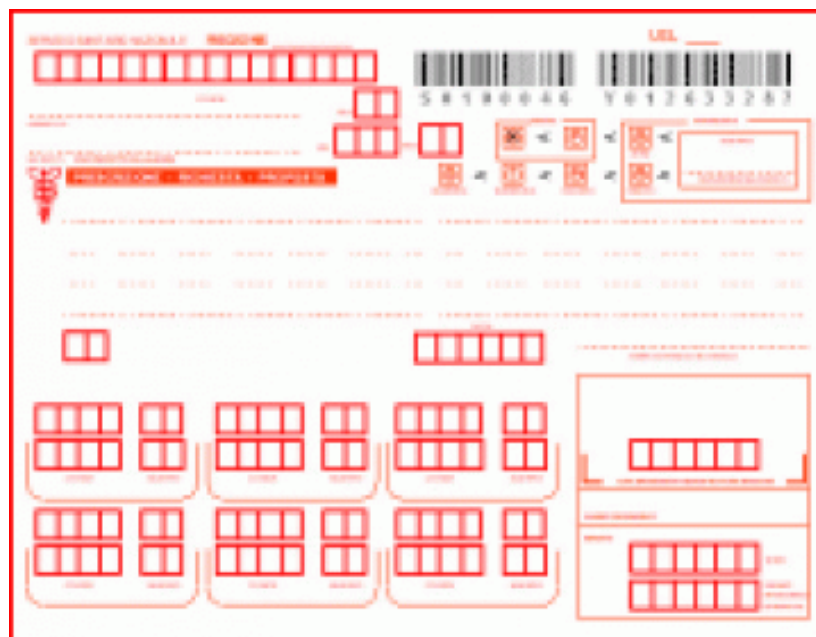
Gli scontrini siano intonsi,
non tagliati, possibilmente con
il CF dell'interessato e senza
correzioni o abrasioni

Come riconoscere i farmaci
della farmacopea ufficiale?

Codice AIC per i medicinali
inizia sempre con A0,

Il parafarmaco inizia con A9 o
altro codice diverso da A0





Le ricette rosse vengono ritirate se si paga il ticket

Le ricette bianche vengono ritirate se viene prescritto un farmaco non ripetibile

The image shows a white prescription form with handwritten text and stamps. The form includes a date, doctor name, patient name, and medication details. The text is written in blue ink.

Dott.ssa [redacted] Dorgali' 12-08-98
 [Luogo e data]
 Medico Chirurgo
 SPECIALISTA IN PEDIATRIA
 C.R. 1404
 [Intestazione del medico]
 [redacted]
 [Nome del paziente]
 X Pz. Bentelan 0,5 cfr [Prescrizione]
 S. 6 cfr unica dose
 per 3 gg -
 Acasal con Broncovalas 7gt
 Sol fisiologica 2 ml
 3 volte al giorno per 5 gg -
 [redacted]
 [Firma del medico]
 Dott.ssa [redacted]
 Medico Chirurgo
 SPECIALISTA IN PEDIATRIA
 C.R. 1404
 [Timbro del medico]
 MUNDA DR. MICHELANGELO
 FARMACIA COD. 03-2715
 VIA MANNU 1 - DORGALI - NU
 130896
 1500
 [Timbro del farmacista col prezzo]



Segue da " In farmacia "

Il prodotto omeopatico è identificabile dagli altri prodotti per l'indicazione esplicita presente sulla confezione

Modo sbagliato per
inviare richieste di
rimborso per
medicinali



Dall'ottico



TABO
 INTERN.

OCCHIO DESTRO OCCHIO SINISTRO

Sf	Cil	Asse	Sf	Cil	Asse
+0,25	-0,75	180°			Neutra
A PERMANENZA					
PER LETTURA					

Montatura _____
 Scartamento fra i centri m/m _____

 SIG. Daniela e h v

La prescrizione
oculistica (visus)

OTTICA
 CONTINO SALVATORE
 Via G. GARIBOLDI, 50 Tel. Fax. 0777.35899
 34845 CODOGNO (LO)
 e-mail: fenottica.contino@virgilio.it

Part. IVA: 007 608 28 842
 Codigno il / /

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'
 per Occhiale Correttivo in Misure

In base al R.D. 2482/97, N° 48 (in successive modificazioni) di attuazione della Direttiva 90/269 CEE

Componenti del Dispositivo Medico in Misure:

1. Montatura: CIL: Fascicolo tecnico presso il produttore
 Fabbrica/colore/Produttore/Fornitore _____
 Modello: _____ Colore: _____

2. Lenti/Occhiale: CIL: Fascicolo tecnico il produttore
 Fabbrica/colore/Produttore/Fornitore _____
 Materiale: _____ Istituto: _____
 Colorazione: _____ Trattamento: _____ Classe Filtri: _____

Il Dispositivo medicale è conforme ai requisiti essenziali di sicurezza e salute (allegato I) della Direttiva 93/42 CEE

Caso di prescrizione allegata
 Caso di Sua scelta in uso su precedente prescrizione

e destinato ad essere utilizzato dal Sig. _____
 Con residenza a _____ Prov. _____
 in Via _____ N° _____
 C.F. N° _____

La Ditta _____

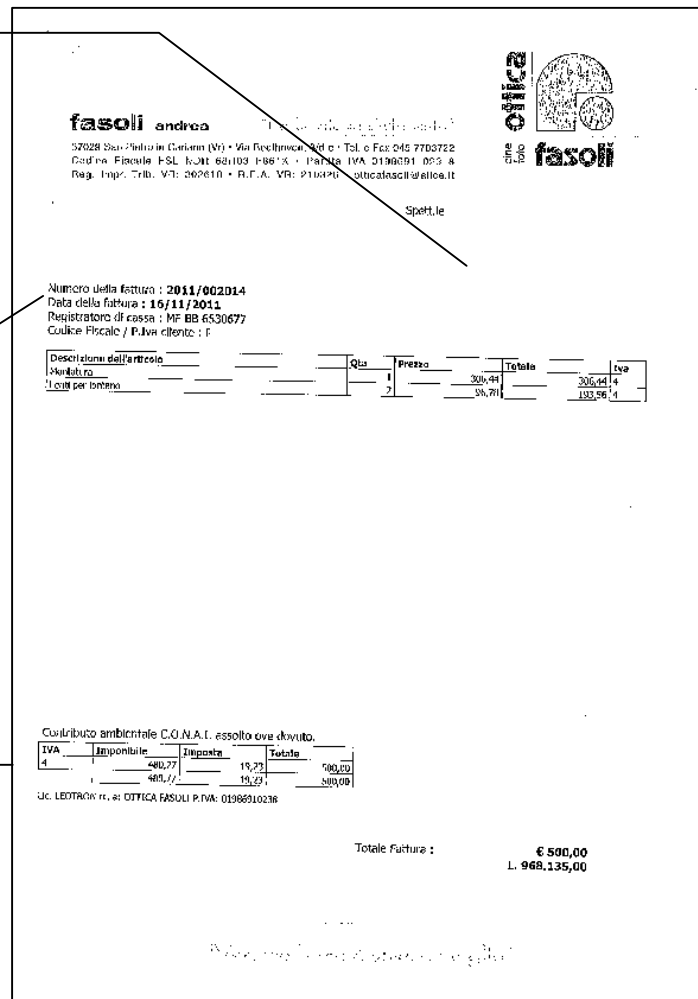
Questa dichiarazione viene conservata per 5 anni

Dichiarazione di
conformità

Individuazione
dell'intestatario:
indirizzo, data di
nascita...

Dati obbligatori: data
della fattura e numero
della stessa

IVA: al 4% per occhiali
da vista (comprensiva la
montatura), lenti
corneali



fasoli andrea
37028 San-Pietro in Cariano (VR) - Via Repubblica, 101 - Tel. e Fax: 045 7703722
Codice Fiscale F.S.L. 031168103687X - Partita IVA 01986910368
Reg. Imp. Trib. VR: 262610 - R.F.A. VR: 210020 ottocastellato.it

Spett.le

Numero della fattura : 2011/002014
Data della fattura : 10/11/2011
Registrazione di cassa : MF 88 6530677
Codice Fiscale / P.Iva cliente : F

Descrizione dell'articolo	Qta	Prezzo	Totale	Iva
Montatura	1	305,44	305,44	
Lenti per montura	2	133,56	267,12	

Contributo ambientale C.O.N.A.I. assolto ova dovuto.

Iva	Imponibile	Imposta	Totale
4	400,77	15,23	416,00
	400,77	15,23	416,00

Uc. LEOTACH srl, ex OFFICINA FASOLI P.IVA: 01986910368

Totale fattura : € 968,135,00
L. 968,135,00



Buon Natale

