

A - MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Da presentare ENTRO 60 GIORNI e comunque non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo dalla data di emissione della fattura/nota di spesa. Invio tramite mail <u>cassamutua.tn@cooperazionesalute.it</u> e, <u>se per spese familiari a carico</u>, allegare anche il frontespizio della dichiarazione fiscale o documento equivalente (mod. 730 o mod.Unico) mentre per il convivente more uxorio a carico è richiesta un'autocertificazione del socio che confermi convivenza e status a carico per non aver superato il reddito previsto.

Cognome				Nome			
Codice fiscale							
Ente di appartenenza							
Numero cellulare*			E-mai	 *			
*Da indicare solo per prima richie	sta rimborso o	ariazioni nell'anaو،	grafica				
Richiesta rimborso per:	☐ l'iscritte	o □ fam	niliare fiscalm	nente a carico			
Cognome e nome famili Familiare fiscalmente a carico: ma							
Codice fiscale familiare Allegare ultima certificazione o d IBAN I T				d'anno allegare au	tocertificazio	one.	Modulo che devi presentare per invio richieste tramite mail (modalità sconsigliata) o se presenti richieste per i tuo familiari a carico da area riserva e non li hai iscritti nel tuo profil
Data Documento di spesa			Data in	vio richiesta			
Voce Elenco Prestazioni (inviare un modello di richi Numero TOTALE dei doc NOTE:	esta rimbors cumenti alle	o per distinta t egati (notula d	tipologia di pre di spesa, giusti	stazione) ficativi, cartella	a clinica	-	
Si raccomanda di pre	andere vision	e delle note n	er la compilazi	one			
1. Si laccomanda di pre	Hacie Vision	c delle liote pe	ci ia compilazi	one.			

2. **Saranno respinte** le richieste inviate a Cassa Mutua **oltre 60 giorni** (o 30 per le spese di dicembre) dopo la data di emissione della fattura/nota di spesa. **Saranno respinte** le richieste spedite in cartaceo, che saranno restituite al mittente tramite corriere C. Rurali. Si veda l'art. 8 del Regolamento di Cassa Mutua.

Il Sottoscritto

- Con la presente richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, secondo quanto previsto dalla propria copertura sanitaria.
- Allega copie delle documentazioni di spesa (fatture e/o notule di spesa valide ai fini fiscali), copie delle prescrizioni mediche (impegnativa del Medico di medicina generale/ certificato del Medico Specialista attestante il sospetto diagnostico), e altra documentazione segnalata nell'elenco prestazioni, della cui autenticità si assume la piena responsabilità.
- Se dispone di altre forme di copertura sanitaria privata, il sottoscritto si impegna a comunicare a Cassa Mutua l'importo di eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento sanitario per cui presenta richiesta di rimborso.
- Dichiaro che il soggetto cui si riferisce la prestazione sono io, oppure è un familiare (o convivente more uxorio risultante dallo stato di famiglia) fiscalmente a mio carico, come risulta dalla documentazione fiscale allegata.
- Dichiaro che il soggetto cui si riferisce la prestazione sono io, oppure è un familiare (o convivente more uxorio risultante dallo stato di famiglia) fiscalmente a mio carico, come risulta dalla documentazione fiscale allegata.
- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa a me resa ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, e acconsento al trattamento dei miei dati sensibili, ovvero dei dati personali, anche sensibili, del familiare minorenne cui si riferisce la prestazione, da parte della Cassa Mutua, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute Trentino nei limiti indicati dall'informativa.

Luogo e Data	FIRMA SOCIO_	

Io Sottoscritto, familiare maggiorenne/convivente "more uxorio" fiscalmente a carico del socio che presenta la richiesta di rimborso, confermo le dichiarazioni del medesimo e, dichiarando di aver preso visione dell'informativa a me resa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali, acconsento al trattamento dei miei dati personali, sia comuni che sensibili, da parte di Cassa Mutua, e alla loro comunicazione a Cooperazione Salute Trentino nei limiti indicati dall'informativa. **FIRMA FAMILIARE**

Luogo e Data_____ MAGGIORENNE/CONVIVENTE_

NOTE PER L'INVIO DELLA RICHIESTA

<u>Tramite posta elettronica</u> all'indirizzo mail <u>cassamutua.tn@cooperazionesalute.it</u> la richiesta dovrà comprendere questo modulo A, le fatture o ricevute di spesa e quanto indicato nelle note esplicative. I documenti previsti per il rimborso della prestazione vanno sempre allegati a ciascuna richiesta, oltre al modulo, la prescrizione, le varie certificazioni. In Area Riservata è possibile aggiornare il proprio profilo e, registrando i propri familiari a carico, fornire la documentazione e le certificazioni per il riconoscimento delle "agevolazioni" una sola volta all'anno.