Cassa Mutua Trentina
CASSA MUTUA DELLE CASSE RURALI TRENTINE

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 cassamutua.tn@cooperazionesalute.it e, **se per spese familiari a carico**, allegare anche il frontespizio della dichiarazione fiscale o documento equivalente (730, mod.Unico o C.U) 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-mail***_____

*Da indicare solo per prima richiesta rimborso o variazioni nell'anagrafica

Richiesta rimborso per: ☐ **l'iscritto** ☐ **familiare fiscalmente a carico**

Cognome e nome familiare per il quale si chiede il rimborso_____

Familiare fiscalmente a carico: marito/moglie o convivente more uxorio, figli

Codice fiscale familiare | | | | | | | | | | | | | | | |

Allegare ultima certificazione o dichiarazione dei redditi presentata. Per nati in corso d'anno allegare autocertificazione.

Modulo che devi presentare:
per invio richieste tramite mail (*modalità sconsigliata*)
o se presenti richieste per i tuoi familiari a carico da area riservata e non li hai iscritti nel tuo profilo.

IBAN

I	T																									

Data Documento di spesa_____ **Data invio richiesta**_____

Voce Elenco Prestazioni: ☐ **SPESE ORDINARIE** ☐ **SPESE A RIPARTO (denti, lenti)** ☐ **FONDI SPERIMENTALI**

(inviare un modello di richiesta rimborso per distinta tipologia di prestazione)

Numero TOTALE dei documenti allegati (notula di spesa, giustificativi, cartella clinica…) _____

NOTE:_____

_____

1. **Si raccomanda di prendere visione delle note per la compilazione**.
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 (Vedere NOTE ESPLICATIVE ALL.2)
Tramite posta elettronica all'indirizzo mail cassamutua.tn@cooperazionesalute.it la richiesta dovrà comprendere il 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 Mentre 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.