

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

ULISSE – Società di Mutuo Soccorso

(nel caso di Nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*, al seguente indirizzo:

ULISSE – Società di Mutuo Soccorso

Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE PRATICA

N° : _____

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")

E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni del piano sanitario TUTELA SALUTE BASE per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura/ Day hospital
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Indennità per invalidità permanente da infortunio (per il solo titolare)
- Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica
- **Indennità' sostitutiva da ricovero**

Prestazioni del piano sanitario TUTELA SALUTE PIU' per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura/ Day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Cure oncologiche/follow up oncologico
- Copertura per non autosufficienza
- Visite specialistiche
- **Indennità' sostitutiva da ricovero**
- Altro (odontoiatria, trattamenti fisioterapici, ecc)

Si allegano **IN FOTOCOPIA** le seguenti fatture e/o ricevute fiscali:

	N° Fattura - Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura - Ricevuta	Importo					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

TOTALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* La Mutua, per il tramite di RBM Assicurazione Salute S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie;

