



Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo Fune/2018/01

MODALITÀ COMPILAZIONE

Il presente modulo deve essere inviato insieme a copia della documentazione di spesa e alla prescrizione medica

MODALITÀ INVIO

Il presente modulo deve essere inviato scegliendo una delle seguenti modalità:

- o e-mail: **rimborsi@gestionesf.it**
- o fax: **0461.1738969**
- o consegna cartacea: esclusivamente previo **appuntamento** telefonico (0461.1919742) o prenotandosi sul sito (www.sanifonds.tn.it)

Dati per l'istruttoria della pratica di rimborso

DIPENDENTE ISCRITTO

Cognome _____	Nome _____
Codice Fiscale _____	Telefono _____
E-mail ^(a) _____	Datore di lavoro _____
IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Banca _____
Intestato a _____	

(a) Per ricevere le comunicazioni del Fondo è necessario inserire un indirizzo mail

Elenco Codici Prestazioni

A. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

CARDIOLOGIA

A.1.1	VISITA CARDIOLOGICA
A.1.2	ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)
A.1.3	ECOCARDIOGRAMMA TRANS-TORACICO (ECT)

DERMATOLOGIA

A.2.1	VISITA DERMATOLOGICA
A.2.2	ESAME NEVI IN EPILUMINESCENZA
A.2.3	MAPPATURA DEI NEVI MEDIANTE DERMATOSCOPIO

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO (PATOLOGIE DELLA COLONNA)

A.3.1	VISITA FISIATRICA
A.3.2	VISITA ORTOPEDICA
A.3.3	ACCERTAMENTI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE (RX, RM MUSCOLOSCHIELETRICA, ETC.)
A.3.4	PRESTAZIONI RIABILITATIVE EFFETTUATE DA PERSONALE SANITARIO (ESCLUSE LE PRESTAZIONI A SEGUITO DI INFORTUNIO)
A.3.5	ORTESI PER PIEDE (PLANTARI, RIALZI, CALZATURE ORTO PEDICHE)
A.3.6	APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO SUPERIORE O INFERIORE E PER IL TRONCO (TUTORE ARTO, ETC.)
A.3.7	ALTRE PROTESI ORTOPEDICHE FUNZIONALI

OCULISTICA

A.4.1	VISITA OCULISTICA
A.4.2	PACHIMETRIA CORNEALE
A.4.3	TOMOGRFIA RETINICA (OCT) A LUCE COERENTE

OTORINOLARINGOIATRIA

A.5.1	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
A.5.2	ECOGRFIA COLLO
A.5.3	TC COLLO

NEUROLOGIA

A.6.1	VISITA NEUROLOGICA
A.6.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA
A.6.3	ELETTROMIOGRAFIA
A.6.4	STUDIO DELLA VELOCITÀ DI CONDUZIONE NERVOSA (MOTORIA E SENSITIVA)

CICLO DI PSICOTERAPIA

A.7.1	PSICOTERAPIA
-------	--------------

CICLO DI VISITE DIETOLOGICHE

A.8.1	VISITA DIETOLOGICA
-------	--------------------