

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

## Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

Spedire la documentazione allegata in copia, tramite Raccomandata A/R, a:  
**Poste Assicura S.p.A. - convenzione Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita c/o Poste Welfare Servizi**  
**Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma (RM).**

Il trattamento dei dati personali e sensibili raccolti con il presente modulo avverrà secondo le modalità e le finalità descritte all'interno dell'informativa privacy fornita in fase di adesione e in virtù del consenso scritto rilasciato nella stessa sede. Per ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali e sensibili, nonché per ottenere chiarimenti per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 (es. revoca del consenso ecc.) si prega di consultare l'Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 presente sul sito internet del Fondo [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it).

### COMPILARE UN MODULO PER OGNI PERSONA.

#### ASSISTITO PRINCIPALE

Da compilare sempre

COGNOME ..... NOME.....

CODICE FISCALE

CODICE DI ADESIONE AL FONDO..... RECAPITO TELEFONICO: .....

#### COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSISTITO PRINCIPALE

Compilare solo se la domanda di rimborso si riferisce a un componente del nucleo familiare per il quale si sia richiesta l'estensione

COGNOME ..... NOME.....

CODICE FISCALE  CONIUGE  FIGLIO/A

#### ELENCO SPESE.

Copia della documentazione relativa alle spese sostenute.

In caso di richiesta di diaria è sufficiente indicare il nome della struttura. Laddove previsto dalla legge, sulle fatture per le quali si richiede il rimborso, dovrà essere apposta la relativa marca da bollo meglio specificata nelle istruzioni di seguito riportate. Diversamente, qualora la marca da bollo non sia presente, non si procederà al rimborso della stessa. Si riporta di seguito l'elenco delle fatture allegata alla presente.

	N° FATTURA/RICEVUTA	NOMINATIVO DI CHI HA EMESSE IL DOCUMENTO DI SPESA (E.G., MEDICO O STRUTTURA SANITARIA)	DATA FATTURA	IMPORTO (IVA COMPRESA)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

# Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

Le richieste acquisite pervengono direttamente alla Compagnia Poste Assicura S.p.A., incaricata della valutazione dei rimborsi dovuti, secondo la specifica tipologia di Piano Sanitario.

**Attenzione:** ai fini del corretto rimborso del sinistro, il bonifico sarà effettuato solo sulle coordinate bancarie dell'Aderente indicate in fase di adesione. In caso di modifica delle coordinate bancarie, si prega di provvedere all'aggiornamento delle stesse con l'indicazione del nuovo IBAN sul sito [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it) o tramite il proprio datore di lavoro.

Si dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

- il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "Fondo") è a gestione convenzionata e che le prestazioni previste dal relativo piano sanitario saranno erogate direttamente da parte della compagnia Posta Assicura S.p.A. (di seguito, "Poste Assicura"), autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa;
- ai fini di una corretta valutazione del sinistro e/o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo e/o Poste Assicura avranno sempre (anche disgiuntamente) la facoltà di richiedere l'esibizione e/o la produzione della documentazione in originale.

## DOCUMENTI ALLEGATI

FATTURE N. .... ALTRO\* N. ....

\* Per esempio: Cartelle cliniche, Certificati di Dimissione, Prescrizioni/Certificazioni mediche

.....  
DATA

✓ .....  
FIRMA DELL'ASSISTITO PRINCIPALE

## DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO ODONTOIATRA E DA ALLEGARE, INSIEME ALLA FATTURA.

### PREVENZIONE DENTALE

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €
VISITA SPECIALISTICA CON PIANO CURE	□ □		.....
PREVENZIONE DEL CARCINOMA DEL CAVO ORALE	□ □		.....
IGIENE ORALE - DETARTRASI - 1 VOLTA L'ANNO	□ □		.....

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

# Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

PARODONTOLOGIA			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €
CHIRURGIA GENGIVALE PER ARCATA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. <input type="text"/> INF.	
CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. <input type="text"/> INF.	
CHIRURGIA OSSEA TRATTAMENTO COMPLETO PER EMIARCATA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. SX   <input type="text"/> SUP. DX <input type="text"/> INF. SX   <input type="text"/> INF. DX	
GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE PER EMIARCATA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. SX   <input type="text"/> SUP. DX <input type="text"/> INF. SX   <input type="text"/> INF. DX	
INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE PER EMIARCATA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. SX   <input type="text"/> SUP. DX <input type="text"/> INF. SX   <input type="text"/> INF. DX	
LEVIGATURA RADICOLARE E COURETTAGE GENGIVALE	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. SX   <input type="text"/> SUP. DX <input type="text"/> INF. SX   <input type="text"/> INF. DX	
SPLINTAGGIO INTERDENTALE	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. SX   <input type="text"/> SUP. DX <input type="text"/> INF. SX   <input type="text"/> INF. DX	

CHIRURGIA ORALE			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €
ANESTESIA GENERALE	<input type="text"/>		
BIOPSIE	<input type="text"/>		
INTERVENTO PER ASPORTAZIONE DI EPULIDE	<input type="text"/>		
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE	<input type="text"/>		
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE (FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA)	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. <input type="text"/> INF.	
INTERVENTI DI CHIRURGIA PREPROTESICA	<input type="text"/>	<input type="text"/> SUP. SX   <input type="text"/> SUP. DX <input type="text"/> INF. SX   <input type="text"/> INF. DX	
APIPECTOMIA	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	
RIZECTOMIA E RIZOTOMIA	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	
DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	
ESTRAZIONE DI TERZO MOLARE IN DISODONTIASI	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	
RIZOTOMIA	<input type="text"/>	<input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678 <input type="text"/> 87654321   <input type="text"/> 12345678	

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

# Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

CONSERVATIVA																			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ		TOTALE IMPORTO €																
INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO/INDIRETTO AD ELEMENTO	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
INTARSI IN LP O CERAMICA - INLAY O ONLAY COMPRESO PROVVISORIO	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI I CLASSE	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI II CLASSE QUALSIASI MATERIALE AD ELEMENTO - NON RIPETIBILE PRIMA DI 3 ANNI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI III CLASSE QUALSIASI MATERIALE AD ELEMENTO - NON RIPETIBILE PRIMA DI 3 ANNI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI IV CLASSE QUALSIASI MATERIALE AD ELEMENTO - NON RIPETIBILE PRIMA DI 3 ANNI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI V CLASSE QUALSIASI MATERIALE AD ELEMENTO - NON RIPETIBILE PRIMA DI 3 ANNI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO - AD ELEMENTO NON RIPETIBILE PRIMA DI 3 ANNI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												

  

ENDODONZIA																			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ		TOTALE IMPORTO €																
CURA CANALARE COMPLETA 1 CANALE	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
CURA CANALARE COMPLETA 2 CANALI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
CURA CANALARE COMPLETA 3 O PIU CANALI	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
RITRATTAMENTO ENDODONTICO	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												

  

GNATOLOGIA			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €
MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE	<input type="text"/>		
PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE SISTEMA INDIRECTO	<input type="text"/>		
PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE SISTEMA DIRETTO	<input type="text"/>		

  

ORTODONZIA					
DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €		
TRATTAMENTO DI MALOCCLUSIONI DENTALI E SCHELETRICHE	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>SUP.</td></tr> <tr><td>INF.</td></tr> </table>	SUP.	INF.	
SUP.					
INF.					

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

# Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

RADIOLOGIA			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €
TELECRANIO	<input type="text"/>		.....
RX ENDORALI	<input type="text"/>		.....
FOTOGRAFIA O IMMAGINE VIDEO INTRAORALE	<input type="text"/>		.....
FOTOGRAFIA DEL MORSO INVERSO E/O FOTOGRAFIA DEI MODELLI IN OCCLUSIONE	<input type="text"/>		.....
ORTOPANTOMOGRAFIA DELLE DUE ARCATI	<input type="text"/>		.....
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 1 ARCATI DELLE DUE ARCATI	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 2 ARCATI	<input type="text"/>		.....

IMPLANTOLOGIA E PROTESI			
DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €
INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
RIMOZIONE DI CORONE O PERNI ENDOCANALARI	<input type="text"/>	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	.....
APPARECCHIO SCHELETRATO	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
PROTESI TOTALE CON DENTI IN RESINA O CERAMICA	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
PROTESI TOTALE IMMEDIATA PROVVISORIA	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE SISTEMA DIRETTO	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, SISTEMA INDIRETTO	<input type="text"/>	SUP. INF.	.....
PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE COMPRESIVO DI GANCI ED ELEMENTI	<input type="text"/>	SUP. SX   SUP. DX INF. SX   INF. DX	.....
PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA, COMPRESIVO DI GANCI ED ELEMENTI	<input type="text"/>	SUP. SX   SUP. DX INF. SX   INF. DX	.....
IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI	<input type="text"/>	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	.....
CORONA A GIACCA IN RESINA PER PROTESIZZAZIONE DEFINITIVA	<input type="text"/>	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	.....
CORONA FUSA LP O LP E FACETTA IN RESINA O LP E FACETTA IN RESINA FRESATA	<input type="text"/>	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	.....

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

# Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	NOTE	TOTALE IMPORTO €																
CORONA LNP O LP E CERAMICA O CERAMICA FRESATA O CERAMICA-ALLUMINA O VETRORESINA O QUALSIASI TIPO DI CORONA DOPPIA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
CORONA PROVVISORIA ARMATA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
CORONA PROVVISORIA IN RESINA - INDIRECTA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
PERNO MONCONE FUSO IN LNP O LP O CERAMICI	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
RICOSTRUZIONE MONCONE IN MATERIALE COMPOSITO, CVI, AMALGAMA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
RIPARAZIONE DI FACCETTE IN RESINA O CERAMICA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE IN LNP O LP FUSO PREFABBRICATO	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												
CORONA PROVVISORIA IN RESINA - DIRETTA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
8	7	6	5	4	3	2	1												
1	2	3	4	5	6	7	8												

.....  
DATA

✓ .....  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

## ISTRUZIONI PER GLI ASSISTITI.

### A. Modalità di Pagamento delle Prestazioni.

Si precisa che il pagamento delle prestazioni avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario. Si precisa altresì che, a tal fine, secondo le recenti disposizioni bancarie, è obbligatoria l'indicazione del codice IBAN dell'assistito principale fornito sulla scheda anagrafica consegnata all'azienda. Si precisa che il rimborso delle prestazioni avverrà direttamente sul c/c indicato dall'assistito principale anche per richieste di rimborso di prestazioni del nucleo familiare. Pertanto, si invitano gli aderenti a verificare la validità dei dati in possesso del Fondo Postevita Fondo Salute, tramite il sito Internet [www.postevitafondosalute.it](http://www.postevitafondosalute.it), accedendo alla home page personale, tramite la password individuale e il codice personale a suo tempo comunicati, richiedendo alla propria Azienda di trasmettere al Fondo la eventuale rettifica dei dati.

### B. Indicazioni per la compilazione del modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie.

1. Trascrivere nella prima parte del presente modulo di "Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie" il Codice di Adesione al Fondo, con i propri estremi anagrafici ed il recapito telefonico;
2. utilizzare un modulo diverso per ciascuno dei familiari assistiti;
3. compilare, in stampatello, la parte relativa agli estremi della documentazione di spesa inviata, indicando il numero della fattura, il nominativo di chi ha emesso il documento (ad es., medico o struttura sanitaria), la data della fattura e l'importo comprensivo di I.V.A.;
4. indicare il numero delle fatture inviate e la tipologia di documentazione supplementare allegata (ad es., cartelle cliniche, prescrizioni, etc.);
5. riportare nella apposita casella il totale degli importi richiesti;
6. apporre la data e la propria firma negli spazi predisposti.

Convenzione con Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

## Modulo di richiesta di RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

### C. Documentazione in copia.

Al modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie dovrà essere allegata tutta la documentazione di spesa necessariamente in copia attestante inequivocabilmente l'avvenuto pagamento della/e prestazione/i oggetto di rimborso ai sensi del Piano Sanitario prescelto. Il dettaglio della documentazione da allegare per ciascuna prestazione è indicato nel Piano Sanitario prescelto.

### D. Prestazioni non rimborsabili.

La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti avverrà esclusivamente sulla base del Piano Sanitario prescelto nei limiti del massimale previsto per ogni assistito e della tipologia di prestazione. Si prega, pertanto, di non richiedere rimborsi per prestazioni non previste dal Piano Sanitario prescelto, onde evitare intralci alla regolare liquidazione delle pratiche.

### E. Modalità e termini di inoltro del modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie.

Il modulo di Richiesta di Rimborso Spese Sanitarie dovrà essere inviato al Fondo nel più breve tempo possibile e comunque entro 90 giorni dalla data indicata nel documento di spesa che attesti la prestazione ricevuta. In caso di più documenti di spesa relativi a una stessa garanzia va considerata la data indicata nel documento di spesa più recente. Il presente modulo non potrà essere utilizzato per richiedere l'erogazione della prestazione Long Term Care, per la quale il Fondo ha predisposto un differente modulo ad hoc. La richiesta di rimborso deve avvenire in modalità digitale mediante inserimento (i.e., upload) della relativa documentazione sul portale web della Compagnia presente all'interno dell'area riservata sul sito internet del Fondo Sanitario.

### F. Imposta di bollo su Ricevute mediche (non rimborsabile).

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza e/o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in € 2,00 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% e il 500% del tributo dovuto;
- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano e/o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti.

Il Fondo, qualora riceva dai propri Assistiti, ai fini del rimborso, atti e/o documenti privi di marca o bollo a punzone (per i quali la legge ne dispone l'apposizione), ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa, è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro territorialmente competente. Ai fini dell'accettazione della documentazione per procedere al rimborso delle prestazioni da parte del Fondo, l'assistito deve presentare al Fondo stesso fatture e/o documenti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo, non rimborsabile dal Fondo, ove richiesto dalla normativa pro tempore vigente.