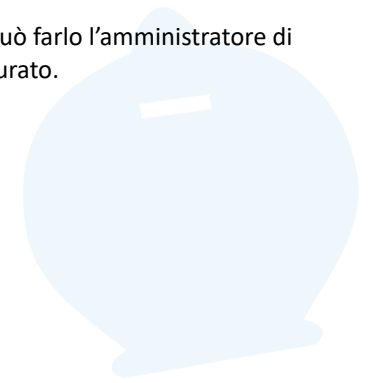




## RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

Da compilare ad opera del socio Galeno/aderente Galeno Family ed inviare, unitamente alla documentazione necessaria riportata in coda al modello e nel regolamento di Galeno, a mezzo posta elettronica certificata a **gestionesinistri@pec.cassagaleno.it** o a mezzo raccomandata a **GALENO – Gestione Sinistri via Piemonte 39, 00187 Roma**

Se il socio Galeno/aderente Galeno Family è impossibilitato a sottoscrivere il modello, può farlo l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'assicurato.



**NOME E COGNOME DEL SOCIO GALENO/ADERENTE GALENO FAMILY**

(IN STAMPATELLO)

---

**CODICE FISCALE DEL SOCIO GALENO/ADERENTE GALENO FAMILY**

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

**NOME E COGNOME DELLA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

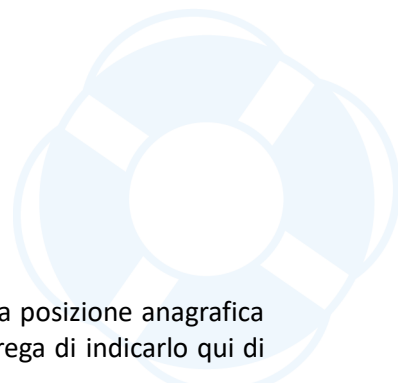
(se diversa dal socio Galeno o dall'aderente Galeno Family)

(IN STAMPATELLO)

---

**CODICE FISCALE**

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



Galeno per ogni comunicazione farà riferimento ai contatti in suo possesso nella posizione anagrafica del socio Galeno/aderente Galeno Family. Qualora i contatti siano cambiati si prega di indicarlo qui di seguito:

**EMAIL**

---

**PEC**

---

### **GALENO**

Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario Integrativo  
via Piemonte 39, 00187 Roma  
**800 99 93 83**  
chiamata gratuita  
[www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it)  
Fax 06 44 24 87 05

CCIAA Roma 749035  
iscr. Albo delle società cooperative n. A127417  
C.F. e P.I. 04273791006

Servizio Assistenza Soci  
[backoffice@cassagaleno.it](mailto:backoffice@cassagaleno.it)  
[galeno@pec.cassagaleno.it](mailto:galeno@pec.cassagaleno.it)

Ufficio sinistri  
[sinistri@cassagaleno.it](mailto:sinistri@cassagaleno.it)  
[gestionesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionesinistri@pec.cassagaleno.it)

Amministrazione  
[amministrazione@cassagaleno.it](mailto:amministrazione@cassagaleno.it)  
[amministrazione@pec.cassagaleno.it](mailto:amministrazione@pec.cassagaleno.it)



Si richiede il rimborso delle spese sostenute per:

- RICOVERO, DO, DH, DS IN STRUTTURA PUBBLICA (SSN)**
- RICOVERO, DO, DH, DS IN STRUTTURA PRIVATA**
- INTERVENTO CHIRURGICO IN STRUTTURA PRIVATA**
  - PER PATOLOGIA
  - A SEGUITO D'INFORTUNIO
  - A SEGUITO DI UN GRAVE MALE
- INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**
- PRESTAZIONI PRE E POST**
  - RICOVERO
  - DAY HOSPITAL O DAY SURGERY
  - INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
  - RICOVERO A SEGUITO D'INFORTUNIO
- PRESTAZIONI EXTRARICOVERO**
- MEDICINA PREVENTIVA**
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI**
- FIVET (Fertilizzazione In Vitro con Embryo Transfer) riservata ai soci Galeno**

Si richiede l'erogazione di:

- DIARIA SOSTITUTIVA DA RICOVERO**
- INDENNITA' SOSTITUTIVA GRAVI MALI**
- ALTRO** \_\_\_\_\_



## BREVE QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Epoca insorgenza dei sintomi/patologia

Da 1 a 10 giorni

Da 11 a 30 giorni

Oltre 1 mese (specificare) \_\_\_\_\_

Sono state effettuate consulenze specialistiche relative ai sintomi/patologia per cui si richiede il rimborso?

NO

SI (allegare copia referto)

Sono stati effettuati accertamenti strumentali e/o di laboratorio inerenti sintomi/patologia per cui si richiede il rimborso?

NO

SI (allegare copia referto)

Sono stati effettuati in passato ricoveri, visite e/o accertamenti strumentali relativi alla patologia per cui si richiede il rimborso?

NO

SI (allegare copia referti se non già consegnati alla Cassa per precedenti richieste di rimborso)

NB: In caso di assenza della suddetta documentazione, la richiesta non potrà essere esaminata.



Si allega copia leggibile dei documenti di seguito descritti.

I documenti digitali si accettano esclusivamente in formato pdf.

FATTURE	NUMERO	DATA	IMPORTO

ALTRI DOCUMENTI (prescrizioni, cartelle cliniche, certificati, ecc.)	DATA

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Galeno avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

NB: Eventuali attestati di spesa non corredati da opportuni giustificativi di spesa (prescrizione o cartella clinica o certificato) non saranno oggetto di rimborso.

Dichiaro di **non** avere altre coperture sanitarie e di **non** aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso

Dichiaro di avere un'altra copertura sanitaria e di aver presentato a

\_\_\_\_\_

richiesta di rimborso. Allego copia della lettera di liquidazione.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)



AFFINCHÉ GALENO POSSA TRATTARE I TUOI/VOSTRI DATI É NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative**

Preso visione di quanto specificato all'art. 13 del Regolamento Generale di Galeno/art. 11 del Regolamento Galeno Family, contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016, sottoscrivendo il presente modulo e facendo apporre la firma dei tuoi familiari negli spazi sottostanti esprimete il consenso, valevole per il trattamento dei tuoi dati personali, e specificamente per quelli sensibili (ad esempio **relativi allo stato di salute** o alla situazione reddituale, previdenziale o lavorativa) per le finalità indicate al paragrafo 2, numeri 1, 2, 3 e 4 dell'informativa ed in particolare per la gestione dei sinistri e per finalità assicurative e liquidative. In mancanza di questo consenso, Galeno non potrà dare seguito alla richiesta di rimborso, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili. Con il presente consenso autorizzi eventuali familiari appartenenti al tuo nucleo a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web.

Esprimo consenso

Nego consenso

(consenso necessario)

**LUOGO E DATA**

**FIRMA DEL SOCIO GALENO O ADERENTE GALENO FAMILY**

---

---

Esprimo consenso

Nego consenso

(consenso necessario)

**LUOGO E DATA**

**FIRMA DELLA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO  
(SE MINORE FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE HA LA POTESTÀ)**

---

---

Coordinate bancarie sulle quali effettuare il rimborso:

c/c intestato a: \_\_\_\_\_

IBAN



Da compilare solo in caso di necessità

## Delega

Io sottoscritto (nome e cognome del socio Galeno)

---

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

delego (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (il "Delegato")

a scambiare dati personali, informazioni e documentazione in mio nome e per conto, relativamente al/ai sinistro/i denunciato/i a Galeno Società Mutua Cooperativa/ Fondo Sanitario integrativo ("Galeno") in data \_\_\_\_\_ autorizzando Galeno a comunicare esclusivamente per tale finalità i miei dati personali, anche relativi allo stato di salute o a eventuali condanne penali, reati e misure di sicurezza, al Delegato.

Allego copia del mio documento di identità e di quello del Delegato.

In fede

---

(luogo, data, firma leggibile del delegante)



## Informativa

### **Informativa al socio Galeno/aderente Galeno Family sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti**

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR"), il socio, i suoi familiari e ogni altro soggetto che entra in contatto con Galeno comunicando o conferendo i propri dati personali devono essere informati riguardo al possesso e al trattamento dei loro dati personali da parte di Galeno Società Mutua Cooperativa / Fondo Sanitario integrativo (di seguito "Galeno"), in qualità di Titolare del trattamento, con sede in Roma, via Piemonte 39, 00187 Roma.

#### **1 – Fonte dei dati personali:**

I dati personali dei soci/aderenti e dei rispettivi familiari sono raccolti da Galeno direttamente presso gli aderenti, i soci e gli interessati, al momento della compilazione della richiesta di iscrizione, delle dichiarazioni sullo stato di salute e dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta (sanitaria e non) in relazione ai servizi ed alle prestazioni richieste, ovvero ancora al momento della registrazione nell'area web riservata predisposta da Galeno.

Nel caso di erogazione di prestazioni in convenzione diretta, alcuni dati (ed in particolare quelli relativi allo stato di salute, quali cartelle cliniche e documentazione sanitaria) possono essere trasmessi a Galeno ed acquisiti direttamente tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Alcuni dati personali possono essere acquisiti anche presso banche dati e fonti accessibili al pubblico (quali albi ed elenchi), ovvero ancora acquisiti per il tramite di soggetti terzi (es. strutture sanitarie convenzionate).

I dati di altri soggetti che entrano in contatto con Galeno sono comunicati e/o conferiti dagli stessi su base volontaria, ad esempio attraverso la compilazione di form on-line per la partecipazione ad iniziative o per l'acquisizione di ulteriori informazioni sull'attività di Galeno.

#### **2 - Finalità del trattamento:**

Galeno informa che il trattamento dei dati personali sarà effettuato con le seguenti finalità:

1 - garantire l'esecuzione dei rapporti associativi e, in particolare, l'adempimento di tutti i servizi e delle prestazioni previdenziali e assistenziali previste da Galeno (es. gestione e liquidazione sinistri), rese anche attraverso terzi (es. Compagnie di assicurazione ed Enti convenzionati);

2 – adempimento di obblighi di legge, regolamentari o previsti dalla normativa comunitaria, ivi incluse disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e/o da Organi di Vigilanza e Controllo;

3 – adempimento ed esecuzione di rapporti precontrattuali e contrattuali, ad esempio con i fornitori di beni e servizi ed i partner istituzionali e commerciali (anche in relazione allo svolgimento delle attività volte all'adempimento dei servizi ed all'erogazione delle prestazioni in favore dei soci/aderenti e dei familiari);

4 – adempimento di attività amministrative, gestionali e contabili;

5 – sviluppo delle attività commerciali, pubblicitarie e marketing, anche attraverso pratiche di marketing diretto, quali ricerche di mercato, informazioni commerciali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, telemarketing, sistemi automatizzati di chiamata, senza l'intervento di un operatore, posta anche elettronica, telefax e messaggi di tipo MMS (Multimedia Message Service) e SMS (Short Message Service), applicazioni informatiche (APP), nell'area riservata del sito internet, ovvero attraverso social network;



6 – comunicazione a terzi, quali fornitori e partner commerciali, dei dati personali per finalità di marketing, anche attraverso pratiche di marketing diretto, e commerciali;

7 – solo per i dati conferiti attraverso la compilazione dei moduli (form) on-line, finalità di profilazione degli utenti del sito internet, al fine di rilevare le preferenze personali degli utenti ed inviare loro informazioni, anche di carattere commerciale, più rispondenti ai loro interessi.

### **3 – Base giuridica del trattamento e conferimento dei dati. Revoca del consenso al trattamento:**

Per le finalità sopra descritte, la base giuridica che legittima il trattamento è il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 6, co. 1, lett. "a" del GDPR, documentato in forma scritta, o in forma elettronica/digitale.

Per alcune tipologie di trattamento, la base giuridica che rende legittimo il trattamento può essere costituita dalla necessità di adempiere ed eseguire un contratto di cui l'interessato è parte, ovvero delle misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato (art. 6, co. 1, lett. "b" GDPR), ovvero ancora dall'adempimento di obblighi legali ai quali è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6, co. 1, lett. "c" GDPR).

Il conferimento dei dati, quando essi vengano acquisiti in base ad un obbligo di legge ovvero in quanto strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale o associativo, è necessario e un eventuale rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di svolgere le attività richieste per la conclusione e per l'esecuzione del contratto, dei servizi e delle prestazioni previdenziali ed assistenziali fornite da Galeno, anche attraverso terzi e, dunque, l'impossibilità di iscriversi a Galeno.

Di conseguenza, il socio/aderente, con la firma apposta nel modulo d'iscrizione e/o con l'accettazione espressa della presente informativa presentata mediante il servizio web riservato a soci ed aderenti, esprime il suo consenso al trattamento dei dati per le finalità sopraindicate (cfr. paragrafo 2, nn. 1-4).

Per le sole finalità di marketing (cfr. paragrafo 2, n. 5), comunicazione a terzi per finalità di marketing e commerciali (cfr. paragrafo 2, n. 6) e di profilazione (cfr. paragrafo 2, n. 7), il consenso al trattamento non è obbligatorio, ma facoltativo e subordinato all'espresso e specifico consenso dell'interessato. Pertanto, l'eventuale rifiuto di fornirlo non pregiudica gli adempimenti di legge, i servizi e le prestazioni previdenziali ed assistenziali, nonché lo svolgimento di rapporti associativi e contrattuali con Galeno.

### **Revoca del consenso al trattamento**

L'interessato ha il diritto di revocare il consenso al trattamento dei dati, qualora la base giuridica del trattamento sia costituita esclusivamente dal consenso dell'interessato (ad esempio per le finalità di marketing (cfr. paragrafo 2, n. 5), comunicazione a terzi per finalità di marketing e commerciali (cfr. paragrafo 2, n. 6), e per quelle con finalità di profilazione – cfr. paragrafo 2, n. 7).

Tale diritto non sussiste qualora il trattamento avvenga in esecuzione di obblighi di legge o per l'esecuzione di obblighi precontrattuali, contrattuali o dei rapporti volti alla fornitura di servizi o di prestazioni di assistenza stipulati dall'interessato (paragrafo 2, nn. 1-4).

In ogni caso, l'eventuale revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

### **4 - Categorie dei dati trattati:**

Le categorie di dati trattati sono costituite dai dati comuni, identificativi, sensibili e giudiziari (ed in particolare dai dati anagrafici e relativi allo stato di salute ovvero alla situazione reddituale o lavorativa) contenuti nella modulistica associativa ed assicurativa e nelle comunicazioni inviate dagli interessati nel





corso dei relativi rapporti e per la loro esecuzione, ovvero per la fruizione dei relativi servizi e prestazioni, anche assistenziali e previdenziali.

Le categorie di dati acquisiti presso terzi sono dati comuni (quali ad esempio i dati anagrafici ed i recapiti) e particolari relativi allo stato di salute (ad esempio documentazione sanitaria, cartelle cliniche, ecc.).

#### **5 - Modalità del trattamento:**

I dati verranno trattati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, per scopi determinati, espliciti e legittimi, saranno pertinenti, aggiornati e non eccedenti rispetto alle finalità sopra elencate per le quali sono raccolti e potranno essere utilizzati in ulteriori operazioni di trattamento in termini compatibili con tali scopi. I trattamenti avverranno manualmente e con l'ausilio di strumenti elettronici ed automatizzati (compresa la raccolta dei dati per via telematica, direttamente presso l'interessato).

#### **6 - Categorie di destinatari ai quali i dati personali potranno essere comunicati:**

I dati personali, potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che li tratteranno in qualità di autonomi Titolari del trattamento, ovvero di Responsabili o incaricati dei trattamenti di loro competenza nominati da Galeno:

1 - fornitori dei servizi assistenziali, previdenziali e assicurativi scelti da Galeno (ad esempio compagnie di assicurazione, società di gestione, broker assicurativi, istituti di cura) i quali, in tal caso, si occuperanno del relativo trattamento, e non saranno soggetti a diffusione;

2 - soggetti specificamente incaricati quali consulenti, dipendenti e altri collaboratori a ciò abilitati per i trattamenti necessari o connessi allo svolgimento delle attività contrattuali e comunque connesse ai servizi ed alle prestazioni rese da Galeno, anche attraverso terzi;

3 – soggetti terzi che svolgono o forniscono specifici servizi strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale, associativo o dei servizi e prestazioni rese da Galeno (anche mediante trattamenti continuativi), quali società di servizi informatici e cloud computing; banche e società che svolgono servizi di pagamento; assicurazioni; agenti; studi professionali che prestino servizi di assistenza, consulenza fiscale, legale o amministrativa; periti medico-legali e/o assicurativi; società di recupero crediti ed i legali incaricati di seguire le procedure di recupero crediti o di affari contenziosi; società di stampa ed imbustamento della corrispondenza; eventuali revisori contabili.

4 – organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti la regolarità degli adempimenti di legge, ai quali i dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni, verifiche e controlli.

I dati non sono oggetto di diffusione o trasferimento verso Paesi terzi o organizzazioni internazionali.

#### **7 - Tempi di conservazione:**

I dati personali, anche sensibili o giudiziari, saranno conservati per nr. 10 (dieci) anni, dalla cessazione del rapporto associativo con Galeno da parte del Socio/Aderente.

Qualora l'Interessato abbia conferito i dati per l'esclusiva finalità di partecipare ad iniziative promozionali o commerciali o benefiche che non abbiano comportato la stipulazione di un rapporto contrattuale o associativo, i dati saranno conservati per la minore durata di 5 anni dal conferimento dei dati.

In ogni caso, è fatta salva la possibilità di una loro ulteriore conservazione in adempimento a eventuali obblighi di legge o per la tutela di diritti in sede giudiziaria.

I dati personali potranno essere cancellati anche prima di tale periodo qualora non siano più necessari per adempimenti contrattuali, amministrativi, fiscali, contabili o di legge.

#### **8 - Esistenza di un processo decisionale automatizzato:**

Non è presente un processo decisionale automatizzato.



## 9 – Diritti dell'interessato

L'interessato (socio/aderente o familiare) potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti a lui riservati ed in particolare i seguenti:

- il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR);
- il diritto di rettifica e integrazione dei dati personali (art. 16 GDPR);
- il diritto di cancellazione dei dati personali (diritto all'“oblio”), nei casi previsti dall'art. 17 GDPR;
- il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali, nei casi e con le modalità previste dall'art. 18 GDPR;
- il diritto alla portabilità dei dati, secondo quanto previsto dall'art. 20 GDPR;
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali nei casi previsti dalla legge;
- il diritto di revocare il consenso al trattamento (cfr. paragrafo 3);
- il diritto di proporre reclamo ad un Autorità di controllo e segnatamente al Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio di tutti i diritti spettanti all'interessato può essere esercitato scrivendo all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile per la protezione dei dati “[dpo@cassagaleno.it](mailto:dpo@cassagaleno.it)” o scrivendo al Titolare del trattamento ai seguenti recapiti: Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario Integrativo – via Piemonte 39, 00187 Roma.

Su richiesta dell'interessato il titolare del trattamento fornisce una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune.

## 10 - Titolare, Responsabile del trattamento e DPO (Data protection officer)

Il titolare del trattamento è: Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo sanitario integrativo, via Piemonte 39, 00187 Roma, nella persona del Legale Rappresentante pro tempore, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, Dott. Aristide Missiroli.

Dati contatti del Titolare del trattamento: [privacy@cassagaleno.it](mailto:privacy@cassagaleno.it)

Dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati (“DPO”): [dpo@cassagaleno.it](mailto:dpo@cassagaleno.it).

## Documentazione da allegare al modello, variabile a seconda della prestazione da rimborsare

TIPOLOGIA DI RIMBORSO/DIARIA	DOCUMENTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ricovero in struttura pubblica (SSN)</li> <li>• intervento chirurgico in struttura pubblica (SSN)</li> <li>• ricovero in struttura pubblica (SSN) a seguito d'infortunio</li> <li>• ricovero in struttura pubblica (SSN) a seguito di un grave male</li> <li>• parto in struttura pubblica (SSN)</li> <li>• aborto spontaneo o terapeutico in struttura pubblica (SSN)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia completa della cartella clinica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ricovero in struttura privata</li> <li>• intervento chirurgico in struttura privata</li> <li>• day hospital</li> <li>• day surgery</li> <li>• ricovero in struttura privata a seguito d'infortunio</li> <li>• ricovero in struttura privata a seguito di un grave male</li> <li>• parto in struttura privata</li> <li>• aborto spontaneo o terapeutico in struttura privata, day hospital o in day surgery</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia completa della cartella clinica</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• intervento chirurgico ambulatoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia della prescrizione medica attestante la patologia (non autoprescrizione)</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> <li>• copia del referto o della relazione del medico che ha eseguito l'intervento</li> </ul>

TIPOLOGIA DI RIMBORSO/DIARIA	DOCUMENTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prestazioni pre e post ricovero nei 100 giorni prima e/o nei 100 giorni dopo il ricovero</li> <li>• prestazioni pre e post day hospital o day surgery in presenza d'intervento chirurgico, nei 50 giorni prima e/o nei 50 giorni dopo il day hospital in assenza d'intervento chirurgico, nei 30 giorni prima e/o nei 30 giorni dopo il day hospital</li> <li>• prestazioni pre e post intervento chirurgico ambulatoriale nei 50 giorni prima e/o dopo nei 50 giorni dopo l'intervento</li> <li>• prestazioni pre e post ricovero a seguito d'infortunio nei 120 giorni dopo il ricovero</li> <li>• prestazioni pre e post ricovero a seguito di un grave male o grandi interventi chirurgici nei 200 giorni prima e/o nei 180 giorni dopo il ricovero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia della prescrizione medica attestante la patologia (non autoprescrizione)</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prestazioni extraricovero ambulatoriali di tipo strumentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia della prescrizione medica attestante la patologia (non autoprescrizione)</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• medicina oncologica preventiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia della prescrizione medica con scritto prevenzione oncologica (non autoprescrizione)</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> </ul>

TIPOLOGIA DI RIMBORSO/DIARIA	DOCUMENTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• trattamenti fisioterapici e riabilitativi (anche pre e post ricovero)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia della prescrizione dello specialista (ortopedico o fisiatra) attestante la patologia sofferta e indicante quantità e tipologia delle prestazioni (non autoprescrizione)</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• indennità sostitutiva gravi mali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• certificato medico attestante l'inabilità al lavoro rilasciato dall'Asl o dall'ente/società per il/la quale si lavora o certificato del medico oncologo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIVET (Fertilizzazione in Vitro con Embryo Transfer) riservata ai soci Galeno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modello di richiesta di rimborso spese sanitarie</li> <li>• copia della documentazione medica attestante la patologia sofferta o le cause che impediscono la procreazione</li> <li>• copia degli attestati di spesa</li> <li>• copia del referto o della relazione del medico che ha eseguito l'intervento</li> </ul>