



# Settore Sanità ed Assistenza

## Manuale d'uso

## Edizione 2014

### Indice

- 1. Criteri generali – Esclusioni – Sussidi straordinari**
- 2. Modulistica in uso**
- 3. Modalità e tempi di invio della documentazione**
- 4. Compilazione del modello “ACRA-SANITÀ”**
- 5. Documentazione da esibire per i rimborsi**
- 6. Familiari a carico**
- 7. Prospetto riepilogativo delle prestazioni rimborsabili**
- 8. Allegati modelli richiesta contribuzioni ed elenco specializzazioni**



## **1) CRITERI GENERALI**

L'attività assistenziale e di erogazione dei contributi sanitari viene regolamentata dallo STATUTO in vigore con l'allegato REGOLAMENTO ATTIVITA' ASSISTENZIALI (artt. da 1 a 5 ).

Il presente Manuale d'Uso costituisce per il socio un completamento organizzativo ed una guida per accedere più facilmente alle prestazioni da parte dell'Associazione.

Il Manuale, inoltre, contiene regole fondate su principi comuni alle quali i soci sono tenuti ad uniformarsi.

Sono previste varie categorie di spese ammesse alla contribuzione dell'ACRA, categorie riassunte nel "PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AMMESSE A CONTRIBUZIONE" (cfr. punto 7).

I limiti delle spese ammissibili e le misure delle contribuzioni vengono stabilite alla fine di ciascun anno – nei termini statutari previsti - per l'anno successivo da parte del Consiglio di Amministrazione dell'ACRA e vengono comunicate – sempre nei termini statutari previsti – ai Soci con apposita circolare.

L'ACRA riconosce come prestazioni ammesse a contribuzione solo le prestazioni effettuate sul territorio nazionale presso strutture pubbliche o private, convenzionate e non, prescritte e/o effettuate da soggetti in possesso di un titolo accademico inequivocabilmente riconducibile all'esercizio della professione medica.

Non saranno ammessi, e pertanto restituiti, i documenti fiscali privi della indicazione del tipo di prestazione effettuata. I predetti documenti fiscali saranno ammessi a contribuzione solo se integrati con la specifica della prestazione convalidata dal soggetto che li ha emessi.

Sul tipo di prestazione ricevuta non saranno accettate auto certificazioni rese dal Socio.

I soli documenti fiscali rilasciati da una struttura ospedaliera che risultassero privi della specifica della prestazione o recanti una indicazione insufficiente ad individuare il tipo di prestazione, saranno ammessi a rimborso purché corredati da altra documentazione idonea ad individuare il tipo di prestazione per una corretta imputazione della spesa.



## **ESCLUSIONI:**

L'ACRA non erogherà alcun contributo nelle seguenti ipotesi:

1. spese sostenute per la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
2. spese sostenute per prestazioni od interventi chirurgici con finalità estetiche eccezion fatta per gli interventi ricostruttivi conseguenti ad infortunio o a malattia;
3. spese per prestazioni rese da psicologi, psicoterapie ed analoghe prestazioni;
4. spese relative a prestazioni per sclerosanti;
5. spese sostenute per ottenere certificazioni medico -sanitarie richieste per finalità amministrative od assicurative. Non saranno, pertanto, ammesse a rimborso le spese sostenute nei seguenti casi (elencati a mero titolo esemplificativo): rinnovo patente di guida o altro documento di identità; richiesta porto d'armi; certificazione di sana e robusta costituzione per iscrizione a palestre, piscine o, più in generale, per l'effettuazione di pratica sportiva (prestazioni rese da specialisti in medicina dello sport o anche in medicina dello sport s'intenderanno riferite alla pratica sportiva); duplicato di cartelle sanitarie; perizie medico -legali; prestazioni rese da specialisti in medicina del lavoro;
6. spese sanitarie non rimaste effettivamente a carico del socio in quanto hanno costituito o costituiranno oggetto di rimborsi assicurativi;
7. spese effettuate dal socio in assenza di una prescrizione o documentazione che ne attesti l'effettiva esigenza, laddove espressamente richiesta;
8. spese comunque riconducibili alla fecondazione, gravidanza e parto;
9. spese per bolli su documenti fiscali o per invio documenti a domicilio.
10. spese relative a dispositivi correttivi o di contenimento/supporto (ad esempio: plantari – fasce elastiche – tutori ecc...).

## **SUSSIDI STRAORDINARI:**

Eccezionalmente l'ACRA potrà concedere sussidi straordinari, dietro richiesta del socio, nei casi accertati e documentati di :

- interventi specialistici medico/chirurgici, anche all'estero;
- malattie a lungo decorso;
- necessità di soggiorni in luoghi particolari di cura;

sempre che all'assistito non sia stato possibile fruire di Istituti di cura convenzionati con l'Ente di assistenza o quando le spese rimborsate dall'Ente siano palesemente inadeguate rispetto a quelle effettivamente sostenute.

I sussidi straordinari saranno concessi a giudizio insindacabile del C.d.A. dell'ACRA che è autorizzato a valersi di questa facoltà anche in particolari casi di grave e manifesto bisogno dell'associato.



## **2) MODULISTICA IN USO**

Attualmente sono in uso i seguenti modelli:

A) modello “ACRA–SANITÀ”, da usare per le richieste di contributi sanitari;

B) modello “ACRA -CURE DENTARIE”, **da allegare** al modello “ACRA-SANITÀ” nel caso di richieste di contributi su spese sostenute per cure dentarie, **quando sul documento fiscale non sia stato accuratamente descritto il tipo di prestazione.**

Il modello deve essere compilato, timbrato e firmato dal dentista che effettua la prestazione;

C) modello “ACRA–ASSISTENZA”, da usare per la richiesta dei contributi previsti in caso di matrimonio del socio, nascita di figli, cessazione dal servizio, morte del socio o di familiari conviventi fiscalmente a carico;

D) modello “ACRA–ATTIVITA’ SPORTIVE”



### **3) MODALITA' E TEMPI DI INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE**

Tutti i modelli descritti al punto “2) MODULISTICA IN USO” dovranno essere:

- A) compilati in ogni loro parte, inserendo tutti i dati richiesti;
- B) corredati della prescritta documentazione;
- C) inviati all’Associazione per il tramite di una Filiale Banca Marche indicando come destinatario

**“ACRA JESI”**

#### **NORME OPERATIVE:**

1. I documenti attestanti le spese sostenute o necessarie per ottenere le contribuzioni nelle misure previste, dovranno essere presentati all'ACRA a partire dal 1° febbraio dell'anno di competenza. I rimborsi saranno effettuati successivamente all’approvazione del bilancio consuntivo dell’anno precedente.
2. I documenti fiscali relativi alle spese sanitarie dovranno pervenire all'ACRA non oltre 60 (sessanta) giorni dalla data del documento. Quelle sostenute nel mese di Dicembre dovranno pervenire **entro e non oltre il giorno 15 GENNAIO dell'anno successivo** o, se festivo, entro il primo giorno successivo lavorativo. Il mancato rispetto dei termini di cui sopra, da considerarsi tassativi, comporterà la perdita del diritto alla contribuzione.
3. I documenti fiscali, allegati al modello "ACRA SANITA", dovranno essere inviati in originale unitamente ad una loro fotocopia per consentire all'ACRA di restituire i documenti originali invalidati.
4. Per i soli soci in servizio, dovrà essere allegata una busta predisposta con l'indirizzo a cui ritornare i documenti originali invalidati.
5. Sono esclusi dall'obbligo della fotocopia e della busta predisposta le certificazioni relative alla mutualità assistenziale (matrimoni, nascita figli, ecc.).
6. La documentazione di spesa relativa al socio dovrà essere inviata separatamente da quella relativa ai familiari conviventi fiscalmente a carico e dovrà essere accompagnata da separati Modello Sanità compilati barrando la relativa casella.
7. Per l'invio della documentazione necessaria per accedere alla contribuzione prevista dalla mutualità sanitaria e dalla mutualità assistenziale, si dovranno utilizzare i modelli "ACRA SANITA" e "ACRA ASSISTENZA" allegati al presente Manuale o quelli che saranno successivamente resi noti con apposita circolare, in caso si rendesse necessario modificarli. La modulistica incompleta non verrà presa in considerazione e sarà ritornata al mittente per la regolarizzazione.



Per informazioni e comunicazioni contattare i membri del C.d.A. presso la Sede Sociale, tutti i mercoledì pomeriggio dalle ore 15,00 alle ore 17,00:

**. Telefono 0731 539345**

**interno 345 di Jesi per i soci in servizio**

**Fax 0731 204330**

In alternativa inviare comunicazione e-mail ai seguenti indirizzi:

**[acra@acrajesi.it](mailto:acra@acrajesi.it)**

**[acra.jesi@bancamarche.it](mailto:acra.jesi@bancamarche.it)**



#### **4) COMPILAZIONE DEL MODELLO “ACRA-SANITÀ”**

E' il modello principale, il più importante, e per questo è necessario completarlo con tutti i dati richiesti. Se incompleto esso sarà restituito al mittente unitamente alla documentazione che non verrà presa in esame in quanto considerata come non pervenuta.

**A)** Completare con cura ogni parte.

**B)** Se la documentazione di spesa si riferisce ai familiari conviventi fiscalmente a carico, compilare il quadro dell'autocertificazione con l'indicazione dei familiari a cui si riferiscono i documenti presentati (cfr. Cap. 6 FAMILIARI CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO”) e sottoscriverlo.

**C)** Nel caso di coniugi entrambi soci dell'ACRA, per motivi organizzativi, sarà sempre e solo il marito a richiedere il rimborso per i familiari conviventi fiscalmente a carico.

**D)** Per le cure dentarie, qualora la ricevuta non riporti la specifica delle prestazioni effettuate, è obbligatorio allegare anche il modello “ACRA - Cure Dentarie”, debitamente compilato, timbrato e sottoscritto dal dentista.

**Nota Bene:** utilizzare per la trasmissione della documentazione esclusivamente i modelli previsti ed allegati al presente Manuale o quelli che saranno comunicati successivamente con apposita circolare.



## **5) DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER OTTENERE I CONTRIBUTI:**

### **5.1 SETTORE SANITARIO**

#### **A. CURE DENTARIE (COMPRESSE PROTESI DENTALI FISSE/MOBILI)**

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” il documento fiscale rilasciato dal dentista, nel quale sia indicata chiaramente la prestazione resa. In mancanza di tale descrizione deve essere allegato il modello ”ACRA - CURE DENTARIE”. Sul documento fiscale dovrà essere specificato se l’importo sia stato corrisposto in acconto o a saldo.

Il rimborso verrà effettuato con la presentazione della fattura a saldo nei limiti annualmente comunicati dal CdA. Le fatture in acconto verranno registrate, per consentire il rimborso totale della prestazione, e restituite. Qualunque pagamento corrisposto per prestazioni di tipo "provvisorio" sarà considerato in acconto.

**Le spese comunque riconducibili a trattamenti ortodontici, con dispositivi mobili e/o fissi, saranno ammesse a contribuzione entro i limiti di spesa specificatamente indicati a pag. 15 al capitolo “Misure contributive e limiti di spesa”. Oltre a quanto previsto nel primo paragrafo allegare al modello “ACRA - SANITÀ” il preventivo di spesa.**

#### **B. OCCHIALI DA VISTA: MONTATURE – LENTI (PROTESI VISIVE)**

Allegare al modello “ACRA-SANITÀ” il documento fiscale da cui risulti chiaramente la spesa sostenuta, distinta per lenti e montatura, corredato dalla copia della prescrizione oculistica. La prescrizione medica può essere sostituita con il tracciato optometrico rilasciato e firmato dall’ottico o dall’oculista.

**Le spese relative all'acquisto di lenti corneali di qualunque tipo saranno ammesse a contribuzione entro i limiti di spesa specificatamente indicati a pag. 15 al capitolo “Misure contributive e limiti di spesa”.**

Non saranno ammissibili le spese relative all’acquisto di liquidi .

#### **C. VISITE SPECIALISTICHE**

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” il documento fiscale dal quale sia possibile desumere il tipo di prestazione resa dal medico specialista. La specializzazione del medico deve essere presente nell’intestazione del documento fiscale.

In presenza di più specializzazioni il documento fiscale dovrà contenere lo specifico riferimento specialistico della prestazione.

Rientrano in questa categoria le prestazioni rese da medici specialisti limitatamente alle branche di cui all’allegato”A” del presente manuale.





#### **D. INTERVENTI SPECIALISTICI/CHIRURGICI**

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” la documentazione fiscale attestante le spese sostenute ed il tipo di intervento effettuato.

Sono ammesse a contributo le spese per interventi chirurgici relativi alle cataratte nonché, per una sola volta nella vita del socio, le spese per interventi agli occhi volti ad eliminare difetti visivi, tipo miopia, astigmatismo, ecc..

Il documento fiscale dovrà indicare le finalità dell'intervento

#### **E. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE**

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” la fotocopia della prescrizione medico/specialistica e il documento fiscale dal quale risulti chiaramente desumibile la spesa relativa, sempre che la stessa non sia oggetto di altri rimborsi.

Sono altresì ammesse al rimborso le spese sostenute per la riparazione delle protesi in oggetto.

**Non saranno ammessi dispositivi correttivi e/o di contenimento quali, ad esempio, plantari, scarpe ortopediche, tutori, fasce elastiche ecc. (cfr. punto 10 Esclusioni).**

#### **F. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE**

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ”:

-il documento fiscale a fronte del pagamento effettuato;

**-la fotocopia della prescrizione medica o specialistica.** In assenza, la spesa sostenuta non sarà ammessa a contribuzione, a meno che dal documento fiscale sia rilevabile la presenza di una impegnativa o la specifica di ticket in corrispondenza dell'importo pagato che comprovi la presenza di una impegnativa.

#### **G. RICOVERO IN OSPEDALE ENTRO E FUORI REGIONE**

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” la documentazione, rilasciata dall'Ente ove è avvenuto il ricovero, comprovante il periodo di degenza. Ai fini del rimborso non sono considerati il primo e l'ultimo giorno di degenza.

Il contributo per il ricovero in Regione verrà erogato solo se si usufruisce della camera a pagamento.



## H. ALTRE PRESTAZIONI

Rientrano in questa categoria:

### 1. SPESE MEDICHE ORDINARIE

Spese relative a **prestazioni rese da medici generici** non comprese nelle altre voci, con le esclusioni previste a pag. 3 al punto “ESCLUSIONI”.

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” il documento fiscale da cui risulti chiaramente la prestazione effettuata;

### 2. CURE TERMALI (SOLO TICKETS)

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” la documentazione fiscale attestante il pagamento nonché copia della prescrizione medica. Dal documento fiscale dovrà chiaramente risultare che l’importo corrisposto ha natura di ticket;

### 3. MEDICINE NON MUTUABILI

Rientrano in questa fattispecie **solo i prodotti medicinali** per l’acquisto dei quali è obbligatoria la ricetta medica.

Sono esclusi tutti i prodotti di libera vendita anche se prescritti da un medico.

Allegare al modello “ACRA - SANITÀ” la prescrizione medica dalla quale risulti chiaramente il nome della persona a cui la stessa si riferisce e lo scontrino fiscale.

Nel caso in cui la ricetta sia ripetibile, il socio potrà inviarne una fotocopia, ovviamente fermo restando l’inoltro in originale dello scontrino fiscale.

Si rammenta che le norme vigenti in tema di acquisto di medicinali prevedono:

- la validità della prescrizione pari a tre mesi dalla data di emissione;
- la possibilità di acquistare con la stessa prescrizione non più di 5 confezioni di ogni medicinale prescritto.

### 4. TICKETS PER MEDICINALI MUTUABILI

Allegare al modello “ACRA SANITÀ”:

- la fotocopia della prescrizione medica corredata dallo scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia.

### 5. PRESTAZIONI RESE DAL PRONTO SOCCORSO

Allegare al modello “ACRA SANITÀ”:

- la fotocopia del documento comprovante la prestazione con indicazione dell’importo pagato.



## **6. SPESE PER TERAPIE VARIE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O CONVENZIONATE**

Allegare al modello “ACRA SANITÀ”:

- la fotocopia del documento comprovante la prestazione con indicazione dell'importo pagato.

## **7. ALTRE SPESE MEDICHE – SANITARIE NON PREVISTE DAL MANUALE D'USO**

Allegare al modello “ACRA SANITÀ”:

- la fotocopia del documento comprovante la prestazione con indicazione dell'importo pagato.

Tali spese saranno oggetto di rimborso ad insindacabile giudizio del C.d.A.

### **NOTA BENE:**

**I documenti relativi alle prestazioni di cui alle lettere I – punti da 1 a 7, dovranno essere inviati cumulativamente, entro il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di spesa, solamente se l'importo complessivo è superiore a quello annualmente comunicato dall' Associazione.**

In tale caso dovrà essere inviata tutta la documentazione, in originale e fotocopia, al fine di consentire la determinazione della spesa eccedente la predetta soglia.

I relativi rimborsi saranno effettuati esclusivamente in presenza di disponibilità di bilancio e nei limiti di dette disponibilità.

I documenti fiscali, inviati per il rimborso, dovranno contenere il tipo di prestazione ed ai medesimi dovranno essere **allegate le fotocopie della prescrizione medica o specialistica attestante la necessità della spesa**. In assenza, la spesa sostenuta non sarà ammessa a contribuzione, a meno che dal documento fiscale sia rilevabile la presenza di una impegnativa o la specifica di ticket in corrispondenza dell'importo pagato che comprovi la presenza di una impegnativa.

### **ADEMPIMENTI DELL'ACRA**

- Riceve la richiesta (in doppio esemplare) e la documentazione allegata in originale e fotocopia.
- Appone il timbro di arrivo sui due esemplari di richiesta.
- Verifica la regolarità della documentazione.
- Restituisce la documentazione originale regolare dopo averla invalidata con apposito timbro.
- Provvede a verificare il diritto al contributo e a liquidare i contributi con accredito diretto sul C/C comunicato dal Socio.
- Restituisce la documentazione non regolare motivando le irregolarità.
- Provvede ad inviare ai Soci la comunicazione motivata dell'eventuale mancato riconoscimento del contributo.



## **5.2 SETTORE ASSISTENZIALE**

### **I. DECESSO**

- **SOCIO**

Gli eredi dovranno allegare al modello “ACRA - ASSISTENZA” il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà nella quale siano chiaramente indicati gli eredi.

- **FAMILIARE CONVIVENTE FISCALMENTE A CARICO DEL SOCIO**

Allegare al modello “ACRA - ASSISTENZA” la fotocopia del certificato di morte.

### **L. CESSAZIONE DAL SERVIZIO**

Allegare al modello “ACRA - ASSISTENZA” la fotocopia della lettera dell'Istituto, comprovante la cessazione dal servizio (in sua assenza, una lettera scritta dal socio debitamente firmata) da cui si desuma la data di cessazione. Il premio di fine lavoro spetta all' iscritto che cessa dal servizio presso la BdM per raggiunti limiti di età e con almeno dieci anni di anzianità di servizio presso la BdM e di iscrizione all'ACRA e che mantenga l'iscrizione all'ACRA per il termine minimo fissato dallo Statuto e dal Regolamento.

### **M. MATRIMONIO DELL'ISCRITTO**

Allegare al modello “ACRA - ASSISTENZA” l'originale o la fotocopia del Certificato di Matrimonio. Qualora entrambi i coniugi siano soci il contributo verrà erogato ad uno soltanto.

### **N. NASCITA DI UN FIGLIO**

Allegare al modello “ACRA - ASSISTENZA” l'originale o la fotocopia del Certificato di Nascita. Qualora entrambi i coniugi siano soci il contributo verrà erogato ad uno soltanto.

### **O. SUSSIDIO STRAORDINARIO**

Erogabile ad insindacabile giudizio del C.d.A. secondo quanto previsto dall'ultimo capoverso dell'art. 4 del “Regolamento Attività Assistenziale”.



### **5.3 SETTORE RICREATIVO**

#### **P. FREQUENZA CORSI**

Contributo per i soci che frequentano corsi che prevedano attività fisiche della durata minima di mesi 5 continuativi. Sono esclusi dal contributo i familiari (rif. Comunicazione n. 2/2008).

#### **Q. ATTIVITA' CULTURALI/RICREATIVE**

Il contributo, determinato per ogni iniziativa dal CdA, è subordinata alla partecipazione di minimo n. 10 soci (del. Assemblea Generale dei Soci 31/01/2006); l'erogazione viene effettuata ad iniziativa conclusa.



## **6) FAMILIARI CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO**

### **CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI ADOTTATI DALL'A.C.R.A.**

In base all'art. 2, lettera a) del Regolamento Attività Assistenziale allegato al vigente Statuto, sono ritenuti a carico del socio esclusivamente il coniuge, non legalmente ed effettivamente separato, ed i figli purché conviventi e a condizione che gli stessi non superino il limite di reddito stabilito annualmente dal legislatore fiscale in materia di "familiari a carico".

#### **A. LIMITE DI REDDITO:**

Il socio, che intende vedersi riconoscere il diritto alla contribuzione sulle spese sostenute per conto di coniuge e/o figlio a carico di età superiore ai 26 anni, dovrà inviare entro il 30/09 di ogni anno la seguente documentazione:

- Mod. 730, limitatamente alla fotocopia della pagina contenente i dati relativi ai familiari a carico.
- Idem del Mod. Unico.
- Per chi non è tenuto a presentare dichiarazione dei redditi, fotocopia del CUD relativo allo stipendio o alla pensione, obliterando i dati in esso contenuti non necessari alla individuazione del dichiarante e dei familiari a carico.

Tale documentazione sarà ritenuta valida per l'anno di competenza e sino alla data di produzione della nuova.

#### **B. CONVIVENZA**

Sarà ritenuta valida l'autocertificazione prodotta, di volta in volta, tramite il modello di richiesta contributo "ACRA - Sanità".

L'associazione si riserva comunque di effettuare dei controlli a campione richiedendo, ai soci, l'inoltro della documentazione di cui ai punti A e B.

Nel caso di mancato inoltro della documentazione prevista nei punti A, entro il termine del 30 settembre, e B, se richiesta e non rimessa entro il termine comunicato, si procederà, senza alcun ulteriore avviso, alla cancellazione dei predetti familiari dagli archivi ACRA ed al recupero di quanto eventualmente corrisposto a titolo di rimborso per il periodo non documentato.

**NOTA BENE:** i soci sono tenuti a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante il possesso dei requisiti da parte dei propri familiari dichiarati conviventi e fiscalmente a carico.

Nel caso di perdita nel corso dell'anno anche di uno solo dei requisiti richiesti, l'ACRA procederà al recupero di quanto erogato, nel rispetto dei seguenti criteri:

- Perdita del requisito della convivenza: il socio si vedrà riconosciute le contribuzioni sulle spese sostenute per il familiare solo fino alla data effettiva di perdita del requisito della convivenza purché sussista il requisito fiscale.
- Perdita del requisito fiscale: il socio perde il diritto alla contribuzione ed eventuali contributi erogati nel corso dell'anno saranno recuperati dall'ACRA.



## RIMBORSI E LIMITI DI SPESA ANNUI VALIDI PER SOCIO E NUCLEO FAMILIARE

| <b>SETTORE</b>    |   |  | <b>Rimborso</b>    |                  |
|-------------------|---|--|--------------------|------------------|
| <b>SANITA'</b>    |   |  | <b>%</b>           | <b>Importo €</b> |
| A                 | Cure dentarie                                     |  | 50                 | 1.100            |
| A.1               | (a valere su A)                                   | Ortodonzia                                   |                    | 400              |
| B                 | Occhiali da vista                                 | Lenti  |                    | 400              |
|                   |   | Montatura                                    |                    | 100              |
| B.1               | (a valere su B-lenti)                             | Lenti a contatto                             |                    | 200              |
| C                 | Visite Specialistiche                             |  |                    | 400              |
| D                 | Interventi Specialistici                          |  |                    | 1.600            |
| E                 | Protesi ortopediche ed acustiche                  |  |                    | 300              |
| F                 | Prestazioni diagnostiche                          |  |                    | 200              |
| G                 | Ricovero Ospedaliero                              | Entro Regione                                |                    | 15               |
|                   |   | Importo giornaliero con un massimo di €900   |                    |                  |
|                   |   | Fuori Regione                                | 25                 |                  |
|                   |   | Importo giornaliero con un massimo di €1.500 |                    |                  |
| H                 | Altre prestazioni                                 |  | -                  | -                |
| <b>ASSISTENZA</b> |   |  | <b>Rimborso €</b>  |                  |
| I                 | Decesso   | Socio  | 500                |                  |
|                   |   | Familiare a carico                           | 100                |                  |
| L                 | Cessazione dal servizio                           |  | 100                |                  |
| M                 | Matrimonio socio                                  |  | 200                |                  |
| N                 | Nascita figlio                                    |  | 200                |                  |
| O                 | Sussidio straordinario                            |  | Determinato da CdA |                  |
| <b>RICREATIVO</b> |   |  | <b>Rimborso €</b>  |                  |
| P                 | Frequenza corsi per attività fisiche (solo socio) |  | 50                 |                  |
| Q                 | Attività Culturali/Turistiche                     |  | Determinato da CdA |                  |



## **7) PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AMMESSE A CONTRIBUZIONE**

### **a) Settore Sanitario**

**cfr. pagg. Manuale**

- Cure dentarie pag. 8 lettera A
- Cure ortodontiche pag. 8 lettera A
- Occhiali da vista: lenti pag. 8 lettera B
- Lenti a contatto pag. 8 lettera B
- Occhiali da vista: montatura pag. 8 lettera B
- Visite specialistiche pag. 8 lettera C
- Interventi specialistici/chirurgici pag. 9 lettera D
- Protesi ortopediche/acustiche pag. 9 lettera E
- Diagnostica pag. 9 lettera F
- Ricovero in ospedale entro/fuori Regione pag. 9 lettera G)
- Altre prestazioni pag. 10 - 11 lettera H

### **b) Settore Assistenziale**

**cfr. pagg. Manuale**

- Decesso iscritto/familiare a carico pag. 12 lettera I
- Cessazione dal lavoro pag. 12 lettera L
- Matrimonio iscritto pag. 12 lettera M
- Nascita figlio iscritto pag. 12 lettera N
- Sussidio straordinario. pag. 3 e pag. 12 lettera O

### **c) Settore Ricreativo**

- Frequenza corsi per attività sportive pag. 13 lettera P
- Iniziative ACRA – erogazione contributi pag. 13 lettera Q





### Modello ACRA – SANITA'

Cognome/Nome Socio \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

In servizio  Ufficio/Filiale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

In pensione  Telefono abitazione e/o cellulare \_\_\_\_\_

IBAN: IT  06055   00000000

Il rimborso verrà accreditato sul conto corrente sopra indicato.

Ogni variazione dovrà essere portata a conoscenza dell'Associazione.

| Richiesta contributo per:             |   | SOCIO |   | FAMILIARE |
|---------------------------------------|---|-------|---|-----------|
| Cure dentarie                         | € |       | € |           |
| Cure ortodontiche                     | € |       | € |           |
| Occhiali da vista - lenti             | € |       | € |           |
| Lenti a contatto                      | € |       | € |           |
| Occhiali da vista - montatura         | € |       | € |           |
| Visite specialistiche                 | € |       | € |           |
| Interventi specialistici              | € |       | € |           |
| Protesi ortopediche ed acustiche      | € |       | € |           |
| Prestazioni diagnostiche              | € |       | € |           |
| Ricovero ospedaliero entro Regione    | € |       | € |           |
| Ricovero ospedaliero fuori Regione    | € |       | € |           |
| Prestazioni lettera "H" manuale d'uso | € |       | € |           |
| Totale                                | € |       | € |           |

### AUTOCERTIFICAZIONE

Il socio, sotto la propria responsabilità, DICHIARA che i familiari sotto elencati sono conviventi e fiscalmente a carico secondo quanto previsto dall'art.2 del Regolamento Attività Assistenziale

| Cognome | Nome | Grado di parentela |
|---------|------|--------------------|
|         |      |                    |
|         |      |                    |
|         |      |                    |
|         |      |                    |
|         |      |                    |

Allegare sempre originale e fotocopia della documentazione che si inoltra e, per il solo personale in servizio, busta pre-indirizzata per la restituzione dei documenti originali.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

(per richiesta contributo ed autocertificazione)



**Modello ACRA – CURE DENTARIE**  
(da allegare al modello ACRA-SANITA')

In riferimento alla ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ si attesta che al

Sig. \_\_\_\_\_ sono state eseguite le seguenti prestazioni

odontostomatologiche:

- N. \_\_\_\_\_ visita specialistica;
- N. \_\_\_\_\_ radiografie indorali
- N. \_\_\_\_\_ radiografia completa alle arcate dentali
- N. \_\_\_\_\_ seduta ablazione tartaro
- N. \_\_\_\_\_ seduta di scaling
- N. \_\_\_\_\_ seduta di legatura interdentale con fili di metallo mobile  
elementi \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ seduta di molaggio selettivo
- N. \_\_\_\_\_ seduta di cerretane eseguita in anestesia e con punti di sutura
- N. \_\_\_\_\_ intervento per incisione di accesso eseguito in anestesia e con punti di sutura
- N. \_\_\_\_\_ estrazione chirurgica di radice con inclusione ossea totale, anestesia e sutura
- N. \_\_\_\_\_ estrazione chirurgica eseguita in anestesia e con punti di sutura  
elementi \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ otturazione in amalgama/resina eseguita in anestesia  
elementi \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ trattamento endontico eseguito in anestesia  
elementi \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ intervento di piccola chirurgia orale
- N. \_\_\_\_\_ intervento chirurgico preprotetico all'arcata in anestesia e con punti di sutura
- N. \_\_\_\_\_ intervento di chirurgia ossea per posizionamento n. \_\_\_\_\_ fixture in titanio  
all'arcata
- N. \_\_\_\_\_ seduta di bilanciamento occlusale
- N. \_\_\_\_\_ elementi \_\_\_\_\_ di protesi provvisorie
- N. \_\_\_\_\_ seduta di rilassamento protesi
- N. \_\_\_\_\_ corona in porcellana/resina e metallo prezioso elementi \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ scheletrato
- N. \_\_\_\_\_ protesi mobile totale
- N. \_\_\_\_\_ byte-plane
- N. \_\_\_\_\_ ortodontia fissa dispositivo \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ ortodontia mobile dispositivo \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ controllo dispositivi ortodontici \_\_\_\_\_
- N. \_\_\_\_\_ (altro) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
Studio Dentistico



## Modello ACRA – ASSISTENZA

Cognome/Nome Socio \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

In servizio  Ufficio/Filiale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

In pensione  Telefono abitazione e/o cellulare \_\_\_\_\_

IBAN: IT  0 6 0 5 5   0 0 0 0 0 0

Il rimborso verrà accreditato sul conto corrente sopra indicato.

Ogni variazione dovrà essere portata a conoscenza dell'Associazione.

Si richiede il contributo previsto per:

Matrimonio

Nascita figlio

Cessazione dal servizio

Morte di familiare a carico

Morte del socio (la richiesta sottoscritta da uno degli eredi dovrà indicare le modalità per l'erogazione del contributo).

Si allega la relativa documentazione.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_



## Modello ACRA – RICREAZIONE

Cognome/Nome Socio \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

In servizio  Ufficio/Filiale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

In pensione  Telefono abitazione e/o cellulare \_\_\_\_\_

IBAN: IT  06055   00000000

Il rimborso verrà accreditato sul conto corrente sopra indicato.

Ogni variazione dovrà essere portata a conoscenza dell'Associazione.

Si richiede il contributo previsto per:

palestre

piscine

altro: \_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

1. per la frequenza a corsi che prevedono attività fisica , quando richiesto, copia certificato medico di sana e robusta costituzione;
2. attestato di frequenza (modello ACRA-Corsi);
3. copia ricevute fiscali di pagamento;
4. copia ricevuta iscrizione se prevista.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**NB: l'assenza di uno dei documenti di cui ai punti 1- 2 – 3 comporta la decadenza del diritto al contributo.**



## **MODELLO ACRA CORSI**

### **ATTESTATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA**

( da allegare al modello ACRA RICREAZIONE)

A richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge,

Si dichiara che

Il Signor/Signora \_\_\_\_\_ risulta:

❖ Iscritta al corso di: \_\_\_\_\_

tenuto dalla \_\_\_\_\_

(indicare denominazione sociale o nome palestra)

iniziato in data \_\_\_\_\_ e con una durata complessiva di mesi \_\_\_\_\_;

❖ Aver frequentato il corso come di seguito indicato:

| Anno | Mese      | Barrare le caselle interessate |
|------|-----------|--------------------------------|
|      | Gennaio   |                                |
|      | Febbraio  |                                |
|      | Marzo     |                                |
|      | Aprile    |                                |
|      | Maggio    |                                |
|      | Giugno    |                                |
|      | Luglio    |                                |
|      | Agosto    |                                |
|      | Settembre |                                |
|      | Ottobre   |                                |
|      | Novembre  |                                |
|      | Dicembre  |                                |

Per la frequenza al predetto corso è necessario il certificato di sana e robusta costituzione:

SI

NO

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_



**Elenco delle specializzazioni ammesse a contribuzione tratte dal D.M. 31/10/91:**

01. malattie dell'apparato respiratorio;
02. medicina interna;
03. allergologia e immunologia clinica;
04. cardiologia;
05. dermatologia e venereologia;
06. ematologia;
07. endocrinologia e malattie del ricambio;
08. gastroenterologia;
09. malattie infettive;
10. nefrologia;
11. reumatologia;
12. geriatria;
13. neurologia;
14. psichiatria;
15. neuropsichiatria infantile;
16. medicina fisica e riabilitazione;
17. pediatria;
18. chirurgia generale;
19. oftalmologia;
20. otorinolaringoiatria;
21. urologia;
22. chirurgia dell'apparato digerente;
23. chirurgia maxillo facciale;
24. chirurgia pediatrica;
25. chirurgia plastica e ricostruttiva;
26. chirurgia toracica;
27. chirurgia vascolare;
28. cardiocirurgia;
29. neurochirurgia;
30. ginecologia ed ostetricia;
31. ortopedia e traumatologia;
32. oncologia;
33. scienza dell'alimentazione;
34. audiologia e foniatría;
35. neurofisiopatologia.
36. tossicologia medica