

Scheda per rimborso di trattamenti riabilitativi/fisioterapia

La scheda deve essere presentata **a completamente delle cure effettuate** insieme alla fattura/alle fatture a cui si riferisce, entro 60 giorni dalla data di emissione dell'ultima fattura.

Sezione A: a cura del medico specialista di branca

In alternativa, allegare la prescrizione rilasciata dal medico specialista di branca con le stesse informazioni previste in questa sezione della scheda.

Il sottoscritto Dottore _____
nome e cognome

dichiara che l'assistito _____
nome e cognome

affetto da _____
indicare la patologia che rende necessarie le prestazioni riabilitative/fisioterapiche

necessita di:

(indicare il **numero** delle sedute **necessarie per ogni tipologia di prestazione**; non indicare **ciclo**)



luogo e data

timbro e firma del medico specialista di branca

Sezione B: a cura della struttura sanitaria o del terapeuta iscritto all'albo di appartenenza, che esegue le prestazioni

Questa scheda, che non ha valore a fini fiscali, rappresenta il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture sottoelencate, **intestate all'assistito**:

nome e cognome dell'assistito

Elenco delle fatture:

fattura n.	data	importo	fattura n.	data	importo
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
Importo totale delle fatture					€

Dettaglio delle prestazioni eseguite:

Codice	descrizione	n. sedute	importo totale
99	Roentgenterapia superficiale non oncologica		€
1459	Terapia rieducativa minzionale		€
2041	Riabilitazione cardiologica		€
2333	Riabilitazione neuromotoria		€
2351	Esercizi ortottici		€
2374	Esercizi foniatrici e logopedia		€
2388	Riabilitazione respiratoria		€
2401	Ventiloterapia		€
2408	Aerosolterapia		€
2409	Agopuntura (limitatamente a trattamenti antalgici per max 10 prestazioni l'anno) (manu medica)		€
2411	Diadinamica		€
2412	Elettrostimolazioni		€
2413	Ergoterapia (terapia occupazionale)		€
2414	Faradica		€
2415	Galvanica		€
2416	Ginnastica medica		€
2417	Idrochinesiterapia		€
2419	Idromassoterapia		€
2420	Inalazioni		€
2421	Infrarossi		€
2422	Insufflazioni endotimpaniche		€
2423	Interferenziale elettroterapia		€
2424	Ionoforesi		€
2426	Irrigazioni nasali		€
2427	Kinesiterapia (rieducazione motoria)		€
2428	Laserterapia antalgica		€
2429	Magnetoterapia		€
2430	Manipolazioni vertebrali o chiroterapia		€
2431	Marconiterapia		€
2432	Massoterapia		€
2433	Meccanoterapia		€
2434	Ossigenoterapia		€
2435	Pressoterapia		€
2436	Radarterapia		€
2437	Reflessoterapia, massoterapia distrettuale riflessogena		€
2438	Trazioni vertebrali meccaniche		€
2439	Ultrasuoni		€
2441	Vacuumterapia		€

segue

segue dettaglio delle prestazioni eseguite

Codice	descrizione	n. sedute	importo totale
8868	Biofeedback elettromiografico per pavimento pelvico		€
8869	HILTerapia		€
8870	Linfodrenaggio (post chirurgia oncologica) (seduta individuale - da 45' a 60')		€
8871	Mesoterapia antalgica (manu medica), max 10 prestazioni l'anno		€
8872	Mezieres (seduta individuale - da 45' a 60')		€
8873	Riabilitazione robotica attiva/passiva assistita (seduta individuale 30')		€
8874	Rieducazione neuromotoria assistita in acqua (seduta individuale da 45' a 60')		€
8875	Rieducazione ortopedica assistita in acqua (seduta individuale da 45' a 60')		€
8877	Onde d'urto focali (manu medica) comprensive di eventuale ecoguida		€
8890	Massaggio Pompage (seduta individuale 30')		€
8891	Mobilizzazioni articolari		€
8892	Psicomotricità		€
8893	Terapia vestibolare (ORL)		€
9649	Tecarterapia		€
9912	TENS		€
9913	Test isocinetico		€
9914	Ginnastica posturale		€
9929	Isocinetica riabilitazione		€
9987	Onde d'urto (Minilith): trattamenti ambulatoriali, senza anestetici, omnicomprensivi di compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali. Max 10 sedute l'anno.		€
Importo totale delle prestazioni			€

luogo e data

timbro e firma della struttura sanitaria o del terapista

Il Socio o l'avente diritto se maggiorenne:

Confermo che le prestazioni elencate nella presente scheda sono state da me effettivamente fruite. Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

luogo e data

il Socio (firma leggibile)

l'avente diritto se maggiorenne (firma leggibile)