

C) PRESTATIONS DE SANTÉ

Veillez cocher l'objet de la demande de remboursement et les documents qui seront joints

MONTURES our verres correcteurs progressifs

Joindre les documents suivants

- Copie de l'attestation d'évolution de correction visuelle délivrée par un ophtalmologiste/opticien
- Copie de la preuve d'achat: facture, reçu

DISPOSITIFS/MATÉRIELS MÉDICAUX

- Fauteuil roulant
- Semelles orthopédiques
- Béquilles, cannes, tripodes, quadripodes et déambulateurs divers

(Spécifier) _____

- Bustier orthopédique
- Corset orthopédique
- Appareils orthopédiques/orthèses
- Ceinture abdominale
- Chaussures orthopédiques

Joindre les documents suivants

- Copie de l'ordonnance du médecin spécialiste
(L'ordonnance doit contenir le diagnostic ou la pathologie présumée ou avérée qui a rendu la prestation nécessaire)
- Copie de la preuve d'achat : facture/reçu émis par le fournisseur

Les pièces jointes à cette demande de remboursement (factures, reçus, prescriptions médicales, etc.) doivent être remises en photocopie. Sanedil pourra, à sa seule discrétion, demander à tout moment, pour vérification, l'envoi des documents originaux ou de documents complémentaires à ceux déjà envoyés. En cas de réception de documents faux ou contrefaits, Sanedil avertira les autorités judiciaires compétentes pour vérification et la détermination de toute responsabilité pénale. Les frais de santé engagés ne peuvent, le cas échéant, être déduits dans la déclaration d'impôt que dans la limite des montants non remboursés par le présent Fonds.

Lieu et Date

Signature de l'Adhérent-e

La signature doit être apposée en toutes lettres et lisible et ne doit pas être authentifiée

CONSENTEMENT DE L'ADHÉRENT-E AU TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES POUR LA GESTION ET LA PRESTATION DES SERVICES DE SANEDIL

Le/La soussigné-e _____

déclare avoir lu et compris les informations publiées sur le site de Sanedil, rubrique Confidentialité, et donne son consentement au traitement des données personnelles, y compris les catégories particulières de données relatives à la santé, pour la gestion et la prestation des services de soins complémentaires de santé et socio-sanitaires et le remboursement direct des prestations dont il/elle a bénéficié.

Lieu et Date

Signature de l'Adhérent-e

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

CONSENTEMENT DU MEMBRE DE LA FAMILLE AU TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES POUR LA GESTION ET LA PRESTATION DES SERVICES DE SANEDIL POUR LE CONJOINT FISCALEMENT À CHARGE OU L'ENFANT MAJEUR FISCALEMENT À CHARGE

En cas de demande de l'Adhérent-e pour son conjoint fiscalement à charge / ou un enfant majeur fiscalement à charge :
(espace réservé au délégant)*

Le/La soussigné-e _____ en sa qualité de conjoint fiscalement à charge ou d'enfant majeur fiscalement à charge de l'Adhérent-e déclare avoir lu et compris les informations publiées sur le site de Sanedil, rubrique Confidentialité, et donne son consentement au traitement des données personnelles, y compris les catégories particulières de données relatives à la santé, pour la gestion et la prestation des services de soins complémentaires de santé et socio-sanitaires et le remboursement en faveur de l'Adhérent-e ; il/elle accepte en outre que l'Adhérent-e soit le seul destinataire des communications de SANEDIL et le seul habilité à introduire dans l'espace réservé des demandes de remboursement et d'autres documents, y compris des documents contenant des informations relatives à la santé, adressés à Sanedil par l'intermédiaire des Caisses du bâtiment ou EdilCasse.

Lieu et Date

Signature

La signature doit être apposée en toutes lettres et lisible et ne doit pas être authentifiée

* Joindre une copie de la pièce d'identité du Délégant

ÉVENTUELLE PROCURATION POUR LE « FACILITATEUR »

(Uniquement pour les demandes présentées au guichet de la Cassa Edile/EdilCassa de référence)

Le/La soussigné-e _____ en sa qualité

d'adhérent-e au Fonds Sanedil délègue à M./Mme _____

né-e à _____ (Prov. ____), le ____/____/____,

la responsabilité de remettre la présente demande de remboursement, y compris la documentation relative éventuellement jointe, au guichet de la Cassa Edile/EdilCassa de référence, dans le seul but de bénéficier des prestations prévues par le Plan de Santé Sanedil.

Lieu et Date

Signature

La signature doit être apposée en toutes lettres et lisible et ne doit pas être authentifiée

* Joindre une copie de la pièce d'identité du Délégant