



Il Patronato della Cgil
Istituto Nazionale Confederale di Assistenza

Elenchiamo i principali ed indispensabili documenti e informazioni che sarà necessario produrre al Patronato INCA per la pratica di:

RICHIESTA ALL'INAIL RIMBORSO SPESE FARMACI

Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci prescritti a seguito di Infortunio / Malattia Professionale, necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di natura lavorativa

- Documento d'identità (carta d'identità o altro documento equipollente)
- Tessera Sanitaria (codice fiscale)
- Dati identificativi INAIL infortunio/malattia professionale (numero e data evento)
- Prescrizione/i medica/che dei farmaci rientranti nell'elenco allegato 1 Circolare INAIL n.9/2016 (elenco allegato alla presente)
- Scontrino/i fiscale/i intestato/i al richiedente dei farmaci di cui se ne chiede il rimborso

INCA CGIL

PS - Ulteriore documentazione o informazione potrà essere necessaria per richieste / agevolazioni / situazioni particolari che risulteranno al momento della domanda

Per trovare l'ufficio INCA più vicino consultare il sito www.incatoscana.it

Elenco specialità farmaceutiche rimborsabili
 (in ordine di codice INAIL)

Codice INAIL	Descrizione
1	Acido ialuronico per infiltrazioni intrarticolari per il trattamento di condropatie e artrosi post-traumatiche
2	Ansiolitici e ipnoinducenti
3	Antibiotici per il trattamento topico di ferite o ustioni infette
4	Antidolorifici per os
5	Antivertiginosi
6	Attivanti cerebrali
7	Colliri midriatici per processi flogistici del segmento anteriore e posteriore dell'occhio
8	Crema antibatterica per ustioni
9	Farmaci ipotonizzanti (compresse) per il trattamento dell'ipertono oculare
10	Farmaci per il trattamento dei disturbi della motilità intestinale da varie cause
11	Farmaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria in pazienti con vescica iperattiva
12	Farmaci per il trattamento dell'osteoporosi post-traumatica
13	Farmaci per la disfunzione erettile, come esito di gravi fratture del bacino, e di lesioni parziali midollari
14	Farmaci per uso topico per il trattamento di infezioni esterne di occhio e annessi (pomate e/o colliri), a base di antinfiammatori, o a base di antibiotici con o senza cortisonici
15	Farmaci vasoprotettori e antitrombotici (compresse) per il trattamento di emorragie retiniche
16	Garze impregnate di antisettico per cute lesa
17	Immunoterapia batterica per il trattamento delle osteomieliti
18	Miorilassanti
19	Pomata antisettica
20	Pomate per il trattamento di abrasioni, ferite e ustioni corneo congiuntivali
21	Preparati a base di acido ialuronico con o senza antibiotico, nelle diverse formulazioni per favorire la riepitelizzazione della cute lesa
22	Preparati cortisonici topici per il trattamento di dermatiti da contatto
23	Preparati per uso topico a base antibiotica con o senza cortisone
24	Preparati per uso topico a base di antinfiammatori in creme, pomate, gel, cerotti
25	Preparati per uso topico a base di eparina sodica
26	Preparati per uso topico ad azione elasticizzante/barriera per il trattamento di gravi ustioni
27	Preparato per uso topico per ulcere croniche con tessuto fibrinoso o necrotico
28	Prodotti anticheloidi (in diversa formulazione), compresi i siliconi medicali
29	Unguento per detersione enzimatica di piaghe necrotiche con e senza antibiotico

30	Preparati antisettici per uso topico
31	Preparati corticosteroidi in associazione con anestetico per infiltrazioni
32	Farmaci antitrombotici
33	Farmaci mucolitici
34	Sostituti lacrimali in collirio o gel
35	Associazioni di acido ialuronico e condroitin solfato per os e instillazioni intravesicali per la terapia di cistiti ricorrenti
36	Preparati per medicazioni avanzate a base di poliuretano o fibre colloidali con o senza argento
37	Farmaci antiedemigeni per os o per uso topico

Elenco specialità farmaceutiche rimborsabili
(In ordine alfabetico)

Codice INAIL	Descrizione
1	Acido ialuronico per infiltrazioni intrarticolari per il trattamento di condropatie e artrosi post-traumatiche
2	Ansiolitici e ipnoinducenti
3	Antibiotici per il trattamento topico di ferite o ustioni infette
4	Antidolorifici per os
5	Antivertiginosi
35	Associazioni di acido ialuronico e condroitin solfato per os e instillazioni intravesicali per la terapia di cistiti ricorrenti
6	Attivanti cerebrali
7	Colliri midriatici per processi flogistici del segmento anteriore e posteriore dell'occhio
8	Crema antibatterica per ustioni
37	Farmaci antiedemigeni per os o per uso topico
32	Farmaci antitrombotici
9	Farmaci ipotonizzanti (compresse) per il trattamento dell'ipertono oculare
33	Farmaci mucolitici
10	Farmaci per il trattamento dei disturbi della motilità intestinale da varie cause
11	Farmaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria in pazienti con vescica iperattiva
12	Farmaci per il trattamento dell'osteoporosi post-traumatica
13	Farmaci per la disfunzione erettile, come esito di gravi fratture del bacino, e di lesioni parziali midollari
14	Farmaci per uso topico per il trattamento di infezioni esterne di occhio e annessi (pomate e/o colliri), a base di antinfiammatori, o a base di antibiotici con o senza cortisonici
15	Farmaci vasoprotettori e antitrombotici (compresse) per il trattamento di emorragie retiniche
16	Garze impregnate di antisettico per cute lesa

17	Immunoterapia batterica per il trattamento delle osteomieliti
18	Miorilassanti
19	Pomata antisettica
20	Pomate per il trattamento di abrasioni, ferite e ustioni corneo congiuntivali
21	Preparati a base di acido ialuronico con o senza antibiotico, nelle diverse formulazioni per favorire la riepitelizzazione della cute lesa
30	Preparati antisettici per uso topico
31	Preparati corticosteroidi in associazione con anestetico per infiltrazioni
22	Preparati cortisonici topici per il trattamento di dermatiti da contatto
36	Preparati per medicazioni avanzate a base di poliuretano o fibre colloidali con o senza argento
23	Preparati per uso topico a base antibiotica con o senza cortisone
24	Preparati per uso topico a base di antinfiammatori in creme, pomate, gel, cerotti
25	Preparati per uso topico a base di eparina sodica
26	Preparati per uso topico ad azione elasticizzante/barriera per il trattamento di gravi ustioni
27	Preparato per uso topico per ulcere croniche con tessuto fibrinoso o necrotico
28	Prodotti anticheloidi (in diversa formulazione), compresi i siliconi medicali
34	Sostituti lacrimali in collirio o gel
29	Unguento per detersione enzimatica di piaghe necrotiche con e senza antibiotico

ALLA SEDE INAIL DI:

Oggetto: **Richiesta rimborso spese farmaci.**
Infortunio/malattia professionale n. _____ **del** ___/___/___

Il sottoscritto/a _____

C.F. _____ Nato/a il _____

a _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci indicati nel prospetto che segue (Sez.A), prescritti a seguito dell'infortunio/m.p. in oggetto, necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di natura lavorativa, per l'importo complessivo di euro _____

Allega in fotocopia alla presente richiesta n. ___ prescrizioni mediche e n. ___ scontrini fiscali intestati al sottoscritto.

Consapevole della responsabilità civile e penale che potrebbe derivare in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione od uso di atti falsi, ovvero di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i., dichiara che le suddette fotocopie sono conformi agli originali che rimangono in possesso del sottoscritto. Gli originali degli scontrini fiscali e le prescrizioni dovranno essere conservati ed esibiti a semplice richiesta dell'Istituto.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____, consapevole che il trattamento dei dati forniti sarà effettuato dall'Inail ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e potrà riguardare "dati sensibili", in particolare dati idonei a *rivelare lo stato di salute*, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle attività di gestione della presente richiesta di rimborso con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della richiesta stessa, ai sensi del citato decreto legislativo.

Data _____

Firma _____

