



NOMENCLATORE

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE DI DETTAGLIO DEL SETTORE ARTIGIANATO - 2025

Validità: 1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2025

Indice

SEZIONE 1 – Prestazioni per Iscritto/ Aderente prosecutore volontario e Nucleo familiare dell'Iscritto/ Aderente prosecutore volontario composto esclusivamente dal coniuge fiscalmente a carico e/o dai figli minori di età compresa da 0 a 12 mesi per il quale non è prevista una contribuzione a carico dell'Iscritto/ Aderente prosecutore volontario	5
CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI	5
A. AREA RICOVERO: INDENNITA' DA RICOVERO, RIMBORSO SPESE SANITARIE POST RICOVERO	6
A.1 Ricovero	6
A.2 Post-ricovero	6
B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)	7
C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO	8
C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero	8
C.2 Chirurgia ambulatoriale settore privato	8
C.3 Radiologia, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche	9
C.3.1 Prestazioni di diagnostica strumentale	9
C.3.2 Prestazioni di laboratorio analisi	10
C.3.3 Prestazioni terapeutiche	10
C.4 Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale	11
C.5 Oculistica	13
C.5.1 Lenti correttive per occhiali	13
C.5.2 Lenti a contatto	14
C.5.3 Chirurgia refrattiva	14
C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati	15
C.6.1 Prestazioni odontoiatriche di prevenzione	15
C.6.2 Prestazioni di chirurgia odontoiatrica	16
C.6.3 Protesica	17
C.6.4 Ortodonzia	18
D. DISPOSITIVI – PRESIDI	19
D.7 Dispositivi ortopedici, protesi ortopediche ed acustiche	19
E. TUTELA DELLA SALUTE	20
E.8 Tutela della salute di genere	20
E.8.1 Pacchetto prevenzione per prestazioni di Ginecologia prestazioni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	20
E.8.2 Pacchetto prevenzione tumori al seno per le donne che rientrano nella fascia di età anagrafica 40-50 anni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	20
E.8.3 Pacchetto prevenzione e cura tumori organi sessuali maschili a decorrere dal 40' mo e fino al 75' mo anno di età anagrafica: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	21

E.8.4	Patologie andrologiche: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	22
E.8.5	Pacchetto maternità: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	22
E.8.6	Pacchetto prevenzione e cura tumori della pelle per gli Iscritti che rientrano nel periodo di età anagrafica tra i 35 e i 65 anni, oltre a cura di malattie psoriasiche e dermatiti atopiche	23
	Esclusioni applicabili alla Sezione 1 del presente Nomenclatore	24
	SEZIONE 2 – Prestazioni per Nucleo familiare dell'Iscritto in caso di iscrizione volontaria da parte dell'Iscritto e contribuzione a suo carico	25
	CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI	25
A.	AREA RICOVERO: INDENNITA' DA RICOVERO, RIMBORSO SPESE SANITARIE POST RICOVERO.	25
A.1	Ricovero	25
A.2	Post-ricovero	26
B.	AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)	26
C.	AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO	27
C.1	Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero	27
C.2	Chirurgia ambulatoriale settore privato	28
C.3	Radiologia, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche	29
C.3.1	Prestazioni di diagnostica strumentale	29
C.3.2	Prestazioni di laboratorio analisi	29
C.3.3	Prestazioni terapeutiche	30
C.4	Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale.	31
C.5	Oculistica.	33
C.5.1	Lenti correttive per occhiali	33
C.5.2	Lenti a contatto	33
C.5.3	Chirurgia refrattiva	34
C.6	Odontoiatria: prestazioni erogate da privati	34
C.6.1.	Prestazioni odontoiatriche di prevenzione	35
C.6.2.	Prestazioni di chirurgia odontoiatrica	35
C.6.3.	Protesica	36
D.	DISPOSITIVI – PRESIDI	37
D.7	Dispositivi ortopedici, protesi ortopediche ed acustiche	37
E.	TUTELA DELLA SALUTE	38
E.8	Tutela della salute di genere	38
E.8.1	Pacchetto prevenzione per prestazioni di Ginecologia prestazioni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	38

E.8.2 Pacchetto prevenzione tumori al seno per le donne che rientrano nella fascia di età anagrafica tra 40-50 anni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	39
E.8.3 Pacchetto prevenzione e cura tumori organi sessuali maschili a decorrere dal 40' mo fino al 75' mo anno di età anagrafica: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	39
E.8.5 Pacchetto maternità: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	40
E.8.6 Pacchetto prevenzione e cura tumori della pelle per gli Iscritti che rientrano nel periodo di età anagrafica tra i 35 e i 65 anni, oltre a cura di malattie psoriasiche e dermatiti atopiche	41
Esclusioni applicabili alla Sezione 2 del presente Nomenclatore	42
SEZIONE 3 – REGOLE GENERALI PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE	44
SEZIONE 4 – MODALITA' DI RICHIESTA DELLA PRESTAZIONI	44

SEZIONE 1 – Prestazioni per Iscritto/ Aderente prosecutore volontario e Nucleo familiare dell’Iscritto/Aderente prosecutore volontario composto esclusivamente dal coniuge fiscalmente a carico e/o dai figli minori di età compresa da 0 a 12 mesi per il quale non è prevista una contribuzione a carico dell’Iscritto/Aderente prosecutore volontario

La Sezione 1 del presente documento si riferisce alle Prestazioni sociosanitarie integrative, complementari e/o sostitutive al Servizio Sanitario Nazionale, ovvero Servizio Sanitario Provinciale (“**Prestazioni**”) che vengono erogate direttamente dal Fondo Sanitario denominato FONDO SANITARIO ALTO ADIGE (“**Fondo**” o „**FONDO SANITARIO ALTO ADIGE**“), mediante rimborso delle spese sanitarie, in favore dei seguenti beneficiari (“**Beneficiari**”):

- a) I lavoratori dipendenti iscritti dalle associazioni datoriali e sindacali Soci del Fondo, di cui all’Art. 5.1 lettera (i) dello Statuto (“**Iscritti**”);
- b) I lavoratori dipendenti delle associazioni datoriali e sindacali Soci del Fondo, di cui all’Art. 5.1 lettera (i) dello Statuto che si iscrivono volontariamente (“**Iscritti**”);
- c) I lavoratori dipendenti iscritti dagli Aderenti al Fondo di cui all’Art. 6.1 lettera (i) dello Statuto (“**Iscritti**”);
- d) I titolari di impresa individuale, i famigliari collaboratori (la cui partecipazione all’impresa familiare risulta formalizzata con atto notarile) e i soci persone fisiche che prestano attività lavorativa nell’azienda degli Aderenti di cui all’Art. 6.1 lettera i) dello Statuto iscritti al Fondo (“**Iscritti**”);
- e) I proscutori volontari di cui all’Art. 6.1 lettera iii) dello Statuto (equiparati nella presente Sezione 1 – Condizioni e termini delle Prestazioni agli “**Iscritti**”. Conseguentemente ogni riferimento contenuto nella presente Sezione agli Iscritti deve intendersi esteso anche ai proscutori volontari);
- f) il **coniuge fiscalmente a carico e i figli minori di età compresa tra 0 e 12 mesi** degli Iscritti (“**Nucleo familiare a carico dell’iscritto**”), previa iscrizione da parte dell’Iscritto.

Le Prestazioni erogate in favore dell’Iscritto e del Nucleo dell’Iscritto **hanno un massimale unico per l’intero Nucleo compreso l’Iscritto.**

CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE eroga i rimborsi delle prestazioni indicate nel presente Nomenclatore sulla base della data della fattura/documento di spesa.

Per usufruire delle prestazioni è necessario che il beneficiario, alla data della fattura/documento di spesa e della prestazione stessa, sia iscritto al FONDO SANITARIO ALTO ADIGE e che il relativo contributo sia stato versato.

Prestazioni effettuate in anni antecedenti al 01.01.2024 non vengono rimborsate anche se fatturate in documenti di spesa/fatture con data a partire dal 01.01.2025.



A. AREA RICOVERO: INDENNITA' DA RICOVERO, RIMBORSO SPESE SANITARIE POST RICOVERO

A.1 Ricovero

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE prevede un'indennità giornaliera per ricovero a seguito di malattia o infortunio, nei limiti delle esclusioni di cui in calce alla presente Sezione, purché il ricovero sia avvenuto durante la validità del presente Nomenclatore e l'operatività della propria iscrizione al Fondo. Sono inclusi nella tipologia di ricovero eventuali degenze per assistenza post-acuta (riabilitazione - lungodegenza) o degenze presso posti letto temporanei di transito o posti letto per lo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS).

L'indennità giornaliera non dà diritto ad alcun rimborso delle spese sostenute dal Beneficiario nel corso del ricovero. Sono pertanto escluse le spese sostenute per la retta di degenza e quelle sostenute per l'accompagnatore.

L'indennità viene riconosciuta ed erogata sia in caso di ricovero presso strutture private, sia in caso di ricovero presso le strutture pubbliche.

Il valore dell'indennità giornaliera ammonta ad € 50,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 6° giorno di ricovero e per un periodo non superiore a 25 giorni totali di ricovero complessivi per anno solare. Questo limite deve intendersi complessivo per l'iscritto e per il Nucleo.

Si precisa che, ai fini del calcolo dell'indennità giornaliera, non viene considerata l'ultima giornata di ricovero, qualunque sia l'ora della dimissione.

A.2 Post-ricovero

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE prevede un rimborso per i seguenti trattamenti riabilitativi e rieducativi post-ricovero: logopedia ed ergoterapia purché siano stati effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero, purché collegati alla malattia o all'infortunio motivo del ricovero.

La presente garanzia opera sia per prestazioni effettuate in S.S.N., che presso strutture o professionisti privati (anche in libera professione intramoenia).

Il massimale annuo per il rimborso delle spese post-ricovero è di complessivamente € 400,00 per l'iscritto e per il Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere indennità da ricovero e rimborso spese post ricovero:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Copia delle Fatture o delle ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento



- Copia della lettera di dimissioni
- Prescrizione medica (ove non già indicata nella Cartella clinica) nel caso di trattamenti riabilitativi e rieducativi post-ricovero

B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)

prestazioni erogate da strutture del servizio sanitario nazionale/provinciale o convenzionate con lo stesso

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE prevede un rimborso di ticket sanitari sostenuti dall'Isritto e/o dal Nucleo familiare nell'anno solare di validità del presente Nomenclatore e di operatività dell'Iscrizione per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale (incluso day service, pronto soccorso, chirurgia ambulatoriale, ecc.), erogate da strutture pubbliche e/o private convenzionate con il servizio sanitario provinciale o nazionale.

Si chiarisce che per visite o prestazioni si intendono tutte quelle previste dal nomenclatore di specialistica ambulatoriale provinciale o in vigore nelle diverse realtà regionali.

Non si rimborsano i ticket per le prestazioni che rientrano tra le esclusioni in calce alla presente Sezione.

L'elenco delle strutture private convenzionate in Alto Adige è costantemente aggiornato sul sito dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano al seguente link: <https://home.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate-convenzionate.asp>

Il rimborso riconosciuto da FONDO SANITARIO ALTO ADIGE è pari al 100% della spesa complessivamente sostenuta per i ticket sanitari pagati nell'anno solare di validità del presente Nomenclatore, con una quota fissa (franchigia) pari a € 50,00 a carico sia dell'Isritto che di ciascun componente del Nucleo familiare.

Il massimale annuo a disposizione dall'Isritto e dal Nucleo familiare è di € 1.000,00.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso tickets sanitari:

- Inserimento tramite App
- oppure:
- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
 - Tickets
 - Ricevuta comprovante il pagamento dei tickets sanitari. Non è richiesta fotocopia dell'impegnativa o del promemoria per prescrizioni dematerializzate. Nel caso di rimborso di Ticket per accesso al Pronto Soccorso, non è necessario allegare il verbale del Pronto Soccorso.



C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO

prestazioni erogate da professionisti o strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale/provinciale (inclusa la libera professione in intramoenia)

C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero

(incluse prestazioni erogate da medici in libera professione in intramoenia), ma escluse prestazioni di psicologia e psichiatria

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche solo nel caso in cui la visita specialistica sia contenuta nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale della Provincia Autonoma di Bolzano, nei limiti delle esclusioni di cui in calce alla presente Sezione.

Sono sempre escluse le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e che non abbiano la specializzazione medica richiesta per la prestazione specialistica effettuata. Sono escluse dal rimborso, le visite effettuate dal medico di medicina generale.

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per la visita specialistica è sempre richiesta la prescrizione del medico di base, contenente il sospetto diagnostico (la patologia presunta) o il referto della patologia accertata.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per la visita specialistica nel limite del 50% dell'importo sostenuto fino ad un massimo di € 50,00 per ogni visita effettuata e per un massimo di 5 prestazioni a nucleo per anno solare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per la visita specialistica:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi

C.2 Chirurgia ambulatoriale settore privato

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie di chirurgia ambulatoriale:

- Riparazione di dito a martello, dito a scatto
- Liberazione del tunnel carpale
- Artroscopia del ginocchio
- Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia correttiva per alluce valgo



- Intervento di cataratta con e senza impianto di lente intraoculare
- Riparazione di ernia inguinale e/o ombelicale

Per chirurgia ambulatoriale si intende un setting assistenziale, alternativo al ricovero diurno, all'interno del quale vengono erogate interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, effettuabili con tecniche anestesilogiche che non necessitano di ricovero, ma eventualmente solo di un breve periodo di osservazione post-intervento, al termine del quale il paziente può tornare al proprio domicilio, eventualmente anche con accompagnamento se necessario.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale sopra indicate con l'applicazione di una franchigia a carico dell'Iscritto e del Nucleo familiare (minimo non rimborsabile) di € 250,00.

Il massimale annuo a disposizione dell'Iscritto e del Nucleo familiare è di € 800,00. Può essere chiesto il rimborso di una sola prestazione sanitaria di chirurgia ambulatoriale nel corso dell'anno solare di vigenza del Nomenclatore.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per la prestazione di chirurgia ambulatoriale:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica o referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi
- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate con eventuale referto istologico (se eseguito)

C.3 Radiologia, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche

erogate da privati effettuate al di fuori del ricovero (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

C.3.1 Prestazioni di diagnostica strumentale

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di diagnostica strumentale eseguite indipendentemente dal ricovero da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramurale e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>), versione vigente.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di diagnostica strumentale nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta fino ad un massimo di € 150,00 per ogni prestazione.



Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni di diagnostica strumentale:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia/diagnosi

C.3.2 Prestazioni di laboratorio analisi

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per tutte le prestazioni di diagnostica di laboratorio eseguite indipendentemente dal ricovero e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>), versione vigente.

Il rimborso delle spese sostenute avviene per ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramuraria.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di diagnostica di laboratorio nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni di diagnostica di laboratorio:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia/diagnosi

C.3.3 Prestazioni terapeutiche

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni terapeutiche di seguito elencate):

- Terapia del dolore (infiltrazioni varie sia articolari che non, compresa la mesoterapia)
- Prestazioni di medicina complementare



Il rimborso delle spese sostenute avviene sia che siano state effettuate da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramuraria.

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni terapeutiche è sempre richiesta la prescrizione del medico di base contenente il sospetto diagnostico (la patologia presunta) o il referto della patologia accertata.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni terapeutiche nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni terapeutiche:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi

La disponibilità annua per i rimborsi delle prestazioni di diagnostica strumentale, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche (C.3.1, C.3.2 e C.3.3) è complessivamente per Iscritto e per il Nucleo di € 800,00.

C.4 Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di fisioterapia, riabilitazione a seguito di una delle seguenti patologie:

- Ictus cerebrale
- patologie cardiologiche croniche (ad es. scompenso cardiaco)
- Infarto miocardio acuto
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson
- Demenza (Alzheimer)
- Trattamenti post-operatori la cui erogazione avviene nei 120 giorni successivi il ricovero
- Patologie afferenti all'apparato osteomuscolare



- Piede: Piede equino varo-addotto supinato cavo; Piede calcaneare; Piede addotto; Piede cavo; Piede equino; Piede cadente; Piede valgo trasverso-piatto con diastasi degli spazi tra le teste delle ossa metatarsali in età pediatrica; Piede piatto valgo dell'adulto; Piede piatto; Alluce valgo; Dito a martello/ad artiglio; Quinto dito varo iperaddotto;
- Ginocchio: Lussazione della rotula; Condropatia rotulea; Lesioni del menisco; Lesioni dei legamenti del ginocchio; Cisti di Baker/Cisti poplitea; Osteocondrite dissecante; Ginocchio valgo/varo; Ginocchio recurvato; Gonartrosi;
- Anca: Periartrite della coxa (sindrome del tensore della fascia lata); Coxa saltans (anca a scatto); Displasia e lussazione congenita dell'anca; Morbo di Perthes; Epifisiolisi della testa del femore; Coxa vara congenita; Coxartrosi; Necrosi della testa del femore nell'adulto;
- Mano: Encondroma; Gangli; Malattia dell'osso semilunare; Rizartriosi; Pseudoartrosi del navicolare; Sindattilia; Tendinosi, entesopatie, tendinopatie; Tendinovagnite di de Quervain
- Dita: Dito a scatto; pollice a scatto; Sindrome del tunnel carpale; Morbo di Dupuytren
- Gomito: Gomito Valgo/varo; Artrosi del gomito; Borsite olecranica; Lussazione del gomito; Epicondilite
- Spalla: Malattie degenerative del cingolo scapolo-omeroale; Tendinite calcifica, borsite subacromiale; Thoracic outlet syndrome; Lussazione postraumatica della spalla; Lussazione abituale della spalla; Rottura della cuffia dei rotatori; Artrosi del cingolo scapolare;
- Colonna vertebrale: Dorso piatto, curvo, curvo-cavo; Scoliosi; Patologie degenerative del rachide lombare; Ernia del disco; Blocco articolare; Morbo di Scheuermann; Spondilosi, spondilolistesi; Osteoporosi; Osteomalacia; Tumori della colonna
- Miopatie: Distrofia muscolare progressiva; Miopatie infiammatorie; Miastenia; Miotonie
- Malattie reumatologiche:
 - Poliartrite cronica o artrite reumatoide;
 - Morbo di Bechterew
- Malattie bronco-polmonari croniche:
 - bronco pneumopatie ostruttive;
 - bronco pneumopatie restrittive;
 - embolia polmonare;
 - polmonite;
 - asma bronchiale;
- Gravi lesioni a seguito di infortunio extralavorativo che comporti un grado di invalidità maggiore a 40%.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative, effettuate da professionista sanitario iscritto all'albo dei fisioterapisti, nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative è sempre richiesta la prescrizione, da medico specialista, che deve essere antecedente alle prestazioni



effettuate. FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa massimo 10 sedute di fisioterapia per prescrizione: esaurito il ciclo, sarà necessario presentare nuova prescrizione.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, hotel, centri benessere.

Il massimale annuo a disposizione complessivamente dell'Iscritto e del Nucleo familiare è di € 800,00.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Verbale del pronto soccorso (se presente)
- Prescrizione medica (medico specialista) con indicazione della patologia accertata/diagnosi
- Indicazione del titolo medico del soggetto presso cui sono state effettuate le sedute di fisioterapia (che dovrà risultare abilitato in fisioterapia)
- Nel caso di molteplici sedute di fisioterapia, indicare nella fattura il numero delle stesse e le date in cui sono state effettuate

C.5 Oculistica

C.5.1 Lenti correttive per occhiali

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute e documentate per lenti correttive per occhiali nel limite complessivamente di € 150,00 per Iscritto e per Nucleo familiare e ogni due anni dalla data della prima fattura rimborsata.

Per la richiesta di rimborso della spesa delle lenti per occhiali è necessario presentare la relativa fattura emessa da ottico oppure un oculista oppure un oculista/optometrista con indicazione di variazione di diottrie o di primo occhiale.

La prestazione non viene erogata a seguito di intervento di chirurgia refrattiva.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle lenti per occhiali:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Prescrizione oculistica con indicazione della variazione delle diottrie o indicazione che si tratta di primo occhiale



- Fatture, ricevute con scontrino fiscale delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un optometrista con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Nella fattura / ricevuta il prezzo delle lenti e della montatura deve essere scomposto. Dalla documentazione deve emergere che si tratta di occhiali da vista e deve essere indicata la variazione delle diottrie o indicato che si tratta di primo occhiale.

C.5.2 Lenti a contatto

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per lenti correttive a contatto. Il rimborso viene erogato annualmente e nel limite complessivamente di € 50,00 per Iscritto e per Nucleo familiare.

La prestazione non viene erogata a seguito di intervento di chirurgia refrattiva.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle lenti per occhiali e a contatto:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Prescrizione oculistica non più vecchia di 18 mesi
- Fatture, ricevute con scontrino fiscale delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un ottico/optometrista con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento.

C.5.3 Chirurgia refrattiva

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per intervento di chirurgia refrattiva per la correzione di vizi di rifrazione (per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) documentati (maggiori o uguale a) ≥ 2 diottrie.

Vengono rimborsate le spese sostenute per prestazioni erogate nella misura del 75% della relativa fattura/ricevuta di pagamento.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute, per chirurgia refrattiva nel limite di € 750,00 per ogni occhio e complessivamente di € 1.500,00 dell'Iscritto e del Nucleo familiare (massimo due interventi) e ogni cinque anni dalla data della prima fattura rimborsata.

Il piano sanitario esclude future richieste di rimborso di cui al punto C.5.1 e C.5.2 a partire dalla data dell'intervento.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese per intervento di chirurgia refrattiva:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture, notule, ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Dai documenti deve emergere espressamente che si tratta di un intervento di chirurgia refrattiva e deve essere riportata la patologia per la quale si esegue l'intervento (correzione di vizi di rifrazione, per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia). Inoltre, deve essere documentata la correzione che deve essere (maggiore o uguale a) ≥ 2 diottrie

C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche sottoelencate nel limite del massimale previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.

C.6.1 Prestazioni odontoiatriche di prevenzione

IGENE ORALE E PARODONTOLOGIA		
La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €	Frequenza di rimborsi FONDO SANITARIO ALTO ADIGE
Visita odontoiatrica o ablazione tartaro	35,00	1 volta l'anno
Levigatura delle radici (per 6 denti)	28,00	1 volta l'anno
Splintaggio	17,00	1 volta l'anno
Chirurgia regenerativa compreso osso eterologo e/o membrane – per 6 denti	140,00	1 volta l'anno
Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura) – per 6 denti	140,00	1 volta l'anno
Chirurgia mucogengivale per uno o più denti e/o approfondimento di fornice (per arcata) sutura inclusa e anestesia	140,00	1 volta l'anno
Lembi o innesti liberi o pedunculati inclusa sutura e anestesia	42,00	1 volta l'anno

DIAGNOSTICA	Si rimborsa fino a un massimo di €	Frequenza di rimborso
Radiografia endoorale	10,00	1 volta l'anno
Panoramica	28,00	1 volta ogni 2 anni
CBCT	63,00	1 volta ogni 2 anni



CONSERVATIVA	
Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno due anni dalla precedente contribuzione. Tale lasso di tempo decorre dalla data del primo trattamento.	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
Otturazioni secondo le classi di BLACK	42,00
Ricostruzione di dente con ancoraggio a vite o perno ad elemento	42,00
Terapia canalare in dente mono o pluriradicolato	60,00
Ritrattamento canalare	105,00

C.6.2 Prestazioni di chirurgia odontoiatrica

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di chirurgia odontoiatrica nel limite del massimale previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.

CHIRURGIA	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
Estrazione di dente o radice	35,00
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea	63,00
Estrazione di dente da latte	10,00

IMPLANTOLOGIA	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento. I contributi erogati sono comprensivi di: primo intervento preoperatorio, porta impronte individuali, presa d'impronta, struttura provvisoria, secondo intervento, posizionamento della struttura, struttura definitiva, abutment, corone provvisorie applicate all'impianto portante. In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento.	
Impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	525,00
Intervento di rialzo del seno mascellare	245,00
Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante	245,00
Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per semiarcata	35,00
Mini impianti compresi attacchi di precisione	280,00

C.6.3 Protesica

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni protesiche odontoiatriche sia in caso di infortunio che in sua assenza, ma secondo tariffe differenti indicate sotto:

PROTESICA	In caso di infortunio FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €	In assenza di infortunio FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 2 anni dal precedente trattamento sul medesimo elemento.		
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino a 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	56,00
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	105,00
Protesi totale provvisoria (per arcata)	157,00	70,00
Protesi totale rimovibile o fissa per arcata con denti in resina o ceramica compreso Toronto Bridge e simili	437,00	210,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	52,00	35,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivi di elementi - per arcata) compreso Maryland Bridges	455,00	210,00
Corona protesica in LNP e ceramica	157,00	105,00
Corona protesica in LP o ceramica integrale o zirconia monolitica o stratificata	175,00	70,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	26,00	17,00
Perno - moncone e/o ricostruzione	50,00	35,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	52,00	37,00
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o faccette in resina fresata (per elemento)	140,00	91,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	44,00	28,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	42,00	28,00
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	33,00	28,00
Perio - overdenture per arcata esclusi i perni come ad esempio soluzioni All-on 4/5/6	437,00	210,00
Corone telescopiche ad elemento	157,00	105,00
Inlay, Onlay, Overlay	58,00	42,00

Per la richiesta di rimborso delle prestazioni protesiche odontoiatriche in caso di infortunio deve essere prodotto il verbale del Pronto Soccorso.

Il massimale annuo disponibile per le prestazioni di **IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA, DIAGNOSTICA, CONSERVATIVA, CHIRURGIA, IMPLANTOLOGIA, PROTESICA** è complessivamente di € 1.750,00 per Iscritto e Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese:

- Inserimento tramite App



oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche): la prima parte deve essere compilata dal Beneficiario, la seconda parte deve essere necessariamente compilata dal dentista, il quale dovrà apporvi la propria firma e il proprio timbro.
- Fatture o ricevute, anche d’acconto, delle spese sostenute con marca da bollo (dove prevista), con indicazione dell’avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell’avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento.
- Verbale del Pronto Soccorso in caso di prestazioni protesiche odontoiatriche da infortunio.

C.6.4 Ortodonzia

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di ortodonzia nel limite del massimale di 500,00 €, così previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.

Il rimborso non è previsto per il coniuge fiscalmente a carico e può essere richiesto una sola volta da parte dell’iscritto.

ORTODONZIA	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
<p>Trattamento ortodontico compreso apparecchiatura fissa o mobile</p> <p>La prestazione fa riferimento unicamente ad un intervento di ortodonzia con il quale si riesce ad allineare i denti e/o ad allargare il palato, per raggiungere così diverse finalità come la masticazione corretta, una migliore igiene dentale e una migliore estetica complessiva della persona. Il punto centrale è dato dalla ricerca del miglior allineamento possibile dei denti del paziente.</p> <p>I requisiti per l’ammissione al contributo sono i seguenti:</p> <p>APPARECCHIO ORTODONTICO, FISSO OPPURE MOBILE: strumento utilizzato per curare i disallineamenti dentali (affollamento, diastemi, agenesia, morso crociato, ecc.) capace di esercitare delle forze in grado di spostare i denti e portarli nella posizione corretta, con conseguente miglioramento della masticazione e del sorriso.</p> <p>Il trattamento Invisalign è da considerare apparecchio mobile, come definito sul sito www.invisalign.it. Vale anche per altre metodiche che hanno altri nomi, ma dove il concetto di aligner trasparente rimovibile è lo stesso.</p>	500,00
<p>NON AMMESSO AL CONTRIBUTO:</p> <p>BITE: Apparecchio morbido o rigido, che si posiziona tra l’arcata dentale superiore e quella inferiore allo scopo di alleviare i sintomi legati al bruxismo e alle mal occlusioni mandibolari, quali consumo precoce dei denti, lesione dell’articolazione temporo-mandibolare, cefalea, vertigini, cervi algie e rachialgie.</p> <p>APPARECCHIO ORTODONTICO PER L’ESTRUSIONE DI UN SINGOLO DENTE: Apparecchio fisso utilizzato su mezza arcata per “spostare” un singolo dente, p.e. per poterlo poi riabilitare con una corona o utilizzarlo come pilastro per un ponte.</p> <p>Tutti i trattamenti non inquadrabili nella classica ortodonzia eseguita per riallineare una intera arcata (o due arcate).</p> <p>Tutti coloro che in passato hanno già ricevuto un rimborso per questa prestazione.</p>	

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese per ortodonzia:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche): la prima parte deve essere compilata dal Beneficiario, la seconda parte deve essere necessariamente compilata dal dentista, il quale dovrà apporvi la propria firma e il proprio timbro.
- Fatture o ricevute, anche d'acconto, delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Relazione del dentista sullo stato dei lavori eseguiti

D. DISPOSITIVI – PRESIDI

D.7 Dispositivi ortopedici, protesi ortopediche ed acustiche

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi acustiche.

Il rimborso delle spese è previsto nel limite del 60% della spesa complessivamente sostenuta dall'Iscritto e dal Nucleo familiare.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche.

Il rimborso delle spese è previsto nel limite del 60% della spesa complessivamente sostenuta dall'Iscritto e dal Nucleo familiare.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie per l'acquisto in caso di necessità clinica documentata di uno dei seguenti dispositivi medici:

- busto C35
- busto steccato
- tutori articolari

Il rimborso delle spese è previsto nel limite del 60% della spesa complessivamente sostenuta dall'Iscritto e dal Nucleo familiare

Il massimale annuo, per il rimborso delle spese suindicate, è complessivamente di € 1.000,00 per l'Iscritto e Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Relazione del medico che contenga la prescrizione del dispositivo/presidio e la patologia →

E. TUTELA DELLA SALUTE

E.8 Tutela della salute di genere

Le prestazioni descritte ai punti E.8 non vengono estese al coniuge fiscalmente a carico, ma vengono rimborsate solo in favore dell'Isritto.

E.8.1 Pacchetto prevenzione per prestazioni di Ginecologia prestazioni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto prevenzione per le seguenti prestazioni di ginecologia:

- a) Visita ginecologica
- b) esame citologico cervico vaginale (pap test) e/o test DNA per HPV
- c) Ecografia ginecologia o transvaginale di routine escluse le ecografie ostetriche.

Il rimborso per le prestazioni di ginecologia di cui alle lettere b), c) prevede l'applicazione di una franchigia pari ad € 20,00 per singola prestazione, che rimane a carico dell'Isritto.

Il pacchetto di prevenzione ginecologica viene rimborsato una sola volta nell'anno solare, a prescindere che venga richiesto il rimborso di una o di tutte le prestazioni di cui alle lettere a), b), c) e fino a un massimo di € 150,00. Qualora la prima richiesta di rimborso dovesse contenere anche solo una prestazione di quelle previste, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese per ginecologia:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

E.8.2 Pacchetto prevenzione tumori al seno per le donne che rientrano nella fascia di età anagrafica 40-50 anni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto di prevenzione:

- Mammografia e/o
- ecografia senologica

Il rimborso è previsto una sola volta ogni due anni dalla data di validità del presente Nomenclatore ed è erogabile solo in favore degli Isritti con età anagrafica tra i 40 anni compiuti e i 50 anni compiuti.

Entrambe le prestazioni possono essere rimborsate solo se la richiesta viene presentata contestual-

→

mente per entrambe. Qualora, infatti, la prima richiesta di rimborso dovesse contenere una sola prestazione prevista, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata. Il massimale annuo per il rimborso del pacchetto di prevenzione è di € 100,00.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie di prevenzione:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

E.8.3 Pacchetto prevenzione e cura tumori organi sessuali maschili a decorrere dal 40'mo e fino al 75'mo anno di età anagrafica: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto di prevenzione

- a) Visita specialistica urologica
- b) Ecografia dell'apparato sessuale
- c) Cistoscopia
- d) Flussometria
- e) PSA

Il rimborso delle prestazioni è previsto solo in favore degli Iscritti con età anagrafica tra i 40 anni compiuti e i 75 anni compiuti.

Il rimborso per le prestazioni di cui alle lettere b), c), d) prevede l'applicazione di una franchigia pari ad € 20,00 per singola prestazione, che rimane a carico dell'Iscritto.

Il pacchetto di prevenzione a cura tumori organi sessuali maschili viene rimborsato una sola volta nell'anno solare, a prescindere che venga richiesto il rimborso di una o di tutte le prestazioni di cui alle lettere a), b), c), d) e) e fino a un massimo di € 150,00. Qualora la prima richiesta di rimborso dovesse contenere anche solo una prestazione prevista, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie di prevenzione:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione. →

E.8.4 Patologie andrologiche: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per la sola visita andrologica.

Il rimborso per la visita andrologica è totale e non sono previste limitazioni.

Il rimborso della prestazione è previsto una volta ogni tre anni dalla data di validità del presente Nomenclatore.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie di prevenzione:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

E.8.5 Pacchetto maternità: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie sostenute durante il periodo di gravidanza per le seguenti prestazioni:

- a) Visite di controllo ostetrico ginecologiche (fino ad un massimo di 5 visite)
- b) Ecografie (fino a un massimo di 4 ecografie)
- c) Analisi di laboratorio clinico e accertamenti diagnostici, inclusi esami di alta diagnostica e alta specializzazione quali amniocentesi, villocentesi ed altri esami ritenuti necessari dal medico ginecologico/ostetrico
- d) Indagini genetiche
- e) Prestazione di riabilitazione post-partum: ginnastica post partum di riabilitazione del pavimento pelvico.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le singole prestazioni sanitarie comprese nel pacchetto maternità nella misura del 60%.

Il pacchetto maternità viene rimborsato una sola volta nell'anno solare, a prescindere che venga richiesto il rimborso di una o di tutte le prestazioni di cui alle lettere a), b), c), d), e) secondo i limiti sopra indicati. Qualora, infatti, la prima richiesta di rimborso dovesse contenere anche solo una prestazione prevista, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- Inserimento tramite App

oppure:



- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento.
- Certificato di gravidanza

E.8.6 Pacchetto prevenzione e cura tumori della pelle per gli Iscritti che rientrano nel periodo di età anagrafica tra i 35 e i 65 anni, oltre a cura di malattie psoriasiche e dermatiti atopiche

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie per la sola visita dermatologica.

Il rimborso delle spese per la visita dermatologica è previsto solo in favore degli Iscritti con età anagrafica compresa tra i 35 anni compiuti e i 65 anni compiuti.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per la visita dermatologica nel limite del 60%.

Il rimborso della prestazione è previsto una volta ogni due anni dalla data di validità del presente Nomenclatore.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE per i soli Iscritti affetti da:

- psoriasi medio/grave (PASI \geq 10); e/o
- dermatiti atopiche gravi indipendentemente dall'età anagrafica, prevede:
 - una quota di rimborso delle spese alberghiere per soggiorni termali (per un importo di € 40 al giorno fino a un massimo di 7 giorni)
 - il rimborso delle spese sostenute per fototerapie (PUVA, e baleno PUVA) sarà effettuato nella misura del 100% senza applicazione di alcuna franchigia

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

La disponibilità annua per i rimborsi delle prestazioni dei pacchetti di cui ai punti E.8 è complessivamente di € 4.000,00 per l'iscritto.



Esclusioni applicabili alla Sezione 1 del presente Nomenclatore

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE non rimborsa le spese sanitarie per le prestazioni in caso di:

- I) infortuni dovuti a tentato suicidio od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- II) patologie e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- III) infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing su roccia, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- IV) infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- V) conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'iscritto abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- VI) conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- VII) conseguenze di eruzioni vulcaniche, inondazioni e maremoti;
- VIII) conseguenze dirette o indirette di pandemia;
- IX) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del presente Nomenclatore;
- X) prestazioni di psichiatria, psicologia e di psicoterapia erogate da strutture o professionisti privati o pubblici;
- XI) prestazioni di logopedia e ergoterapia effettuate e non connesse a un ricovero;
- XII) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari o secondari;
- XIII) visite di routine senza prescrizione medica e visite effettuate da medici di base o di medicina generale;
- XIV) prestazioni di prevenzione non esplicitamente indicati nel presente Nomenclatore;
- XV) visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in medicina e chirurgia; eccetto trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel presente Nomenclatore;
- XVI) prestazioni, cure e interventi di carattere estetico e alla medicina dello sport;
- XVII) spese relative a vaccini e medicinali di qualsiasi tipo;
- XVIII) Spese relative all'acquisto di plantari e calzature ortopediche;
- XIX) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
- XX) spese mediche relative a infortuni occorsi prima della decorrenza dell'iscrizione al Fondo;
- XXI) spese relative a certificati medici per qualsiasi finalità;
- XXII) spese relative al ritiro della cartella clinica, al rilascio di documentazione cartacea o su supporto magnetico o informatico;
- XXIII) spese per patenti di guida e attestati di idoneità di qualsiasi tipo;
- XXIV) spese per bolli o marche da bollo;



SEZIONE 2 – Prestazioni per Nucleo familiare dell’Iscritto in caso di iscrizione volontaria da parte dell’Iscritto e contribuzione a suo carico

La Sezione 2 del presente documento si riferisce alle Prestazioni sociosanitarie integrative, complementari e/o sostitutive al Servizio Sanitario Nazionale, ovvero Servizio Sanitario Provinciale (“**Prestazioni**”) che vengono erogate direttamente dal Fondo Sanitario denominato FONDO SANITARIO ALTO ADIGE (“**Fondo**”), mediante rimborso delle spese sanitarie sostenute, in favore dei seguenti familiari dell’Iscritto (“**Beneficiari**”), in virtù del **contributo versato da quest’ultimo per la loro iscrizione volontaria**:

- a) Il coniuge non fiscalmente a carico;
- b) Il convivente more uxorio;
- c) I figli fiscalmente a carico con età superiore ai 12 mesi fino al compimento del ventiseiesimo anno di età;
- d) I figli non fiscalmente a carico fino al compimento del diciottesimo anno di età;
- e) I figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanentemente non inferiore a due terzi senza limiti di età.

In presenza dell’iscrizione dei figli fiscalmente a carico con età superiore ai 12 mesi fino al compimento del ventiseiesimo anno di età o in presenza dell’iscrizione dei figli di cui alle precedenti lettere c), d) o e), verrà inserito come componente del Nucleo familiare anche il coniuge fiscalmente a carico.

Le Prestazioni erogate in favore del Nucleo familiare dell’Iscritto **hanno un massimale unico per l’intero Nucleo familiare escluso l’Iscritto (“Nucleo”)**.

CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE eroga i rimborsi delle prestazioni indicate nel presente Nomenclatore sulla base della data della fattura/documento di spesa.

Per usufruire delle prestazioni è necessario che il beneficiario, alla data della fattura/documento di spesa e della prestazione stessa, sia iscritto al FONDO SANITARIO ALTO ADIGE e che il relativo contributo sia stato versato.

Prestazioni effettuate in anni antecedenti al 01.01.2024 non vengono rimborsate anche se fatturate in documenti di spesa/fatture con data a partire dal 01.01.2025.

A. AREA RICOVERO: INDENNITA’ DA RICOVERO, RIMBORSO SPESE SANITARIE POST RICOVERO

A.1 Ricovero

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE prevede un’indennità giornaliera per ricovero a seguito di malattia o infortunio, nei limiti delle esclusioni di cui in calce alla presente Sezione 2, purché il ricovero sia avvenuto durante la validità del presente Nomenclatore e l’operatività della propria iscrizione al Fondo. Sono inclusi nella tipologia di ricovero eventuali degenze per assistenza post-acuta (riabilitazione – lungodegenza) o degenze presso posti letto temporanei di transito o posti letto per lo svolgimento



dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS).

L'indennità giornaliera non dà diritto ad alcun rimborso delle spese sostenute dal Beneficiario nel corso del ricovero. Sono pertanto escluse le spese sostenute per la retta di degenza e quelle sostenute per l'accompagnatore.

L'indennità viene riconosciuta ed erogata sia in caso di ricovero presso strutture private, sia in caso di ricovero presso le strutture pubbliche.

Il valore dell'indennità giornaliera ammonta ad € 50,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 6° giorno di ricovero e per un periodo non superiore a 25 giorni totali di ricovero complessivi per anno solare. Questo limite deve intendersi complessivo per il Nucleo.

Si precisa che, ai fini del calcolo dell'identità giornaliera, non viene considerata l'ultima giornata di ricovero, qualunque sia l'ora della dimissione.

A.2 Post-ricovero

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE prevede un rimborso per i seguenti trattamenti riabilitativi e rieducativi post -ricovero: logopedia ed ergoterapia purché siano stati effettuati nei 120 giorni successivi il ricovero, purché collegati alla malattia o all'infortunio motivo del ricovero.

La presente garanzia opera sia per prestazioni effettuate in S.S.N., che presso strutture o professionisti privati (anche in libera professione intramoenia).

Il massimale annuo per il rimborso delle spese post-ricovero è di € 400,00 a Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere indennità da ricovero e rimborso spese post ricovero:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Copia delle Fatture o delle ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Copia della lettera di dimissioni
- Prescrizione medica (ove non già indicata nella Cartella clinica) nel caso di trattamenti riabilitativi e rieducativi post-ricovero

B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)

prestazioni erogate da strutture del servizio sanitario nazionale/provinciale o convenzionate con lo stesso

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE prevede un rimborso di ticket sanitari sostenuti dall'iscritto e/o dal Nucleo familiare nell'anno solare di validità del presente Nomenclatore e di operatività dell'iscrizione per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale (incluso day service, pronto soccorso, chirurgia ambulatoriale, ecc.), erogate da strutture pubbliche e/o private convenzionate con il

→

servizio sanitario provinciale o nazionale.

Si chiarisce che per visite o prestazioni si intendono tutte quelle previste dal nomenclatore di specialistica ambulatoriale provinciale o in vigore nelle diverse realtà regionali.

Non si rimborsano i ticket per le prestazioni che rientrano tra le esclusioni in calce alla presente Sezione.

L'elenco delle strutture private convenzionate in Alto Adige è costantemente aggiornato sul sito dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano al seguente link: <https://home.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate-convenzionate.asp>

Il rimborso riconosciuto da FONDO SANITARIO ALTO ADIGE è pari al 100% della spesa complessivamente sostenuta per i ticket sanitari pagati nell'anno solare di validità del presente Nomenclatore, con una quota fissa (franchigia) pari a € 50,00 a carico di ciascun componente del Nucleo familiare.

Il massimale annuo a disposizione del Nucleo familiare è di € 1.000,00.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso tickets sanitari:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Tickets
- Ricevuta comprovante il pagamento dei tickets sanitari. Non è richiesta fotocopia dell'impegnativa o del promemoria per prescrizioni dematerializzate. Nel caso di rimborso di Ticket per accesso al Pronto Soccorso, non è necessario allegare il verbale del Pronto Soccorso.

C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO

prestazioni erogate da professionisti o strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale/provinciale (inclusa la libera professione in intramoenia)

C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero

(incluse prestazioni erogate da medici in libera professione in intramoenia), ma escluse prestazioni di psicologia e psichiatria

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche solo nel caso in cui la visita specialistica sia contenuta nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale della Provincia Autonoma di Bolzano, nei limiti delle esclusioni di cui in calce alla presente Sezione..

Sono sempre escluse le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e che non abbiano la specializzazione medica richiesta per la prestazione specialistica effettuata. Sono escluse dal rimborso, le visite effettuate dal medico di medicina generale.

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per la visita specialistica è sempre richiesta la prescrizione del medico di base, contenente il sospetto diagnostico (la patologia presunta) o il referto della patologia accertata.



FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per la visita specialistica nel limite del 50% dell'importo sostenuto fino ad un massimo di € 50,00 per ogni visita effettuata e per un massimo di 5 prestazioni a nucleo per anno solare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per la visita specialistica:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia accertata

C.2 Chirurgia ambulatoriale settore privato

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie di chirurgia ambulatoriale:

- Riparazione di dito a martello, dito a scatto
- Liberazione del tunnel carpale
- Artroscopia del ginocchio
- Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia correttiva per alluce valgo
- Intervento di cataratta con e senza impianto di lente intraoculare
- Riparazione di ernia inguinale e/o ombelicale

Per chirurgia ambulatoriale si intende un setting assistenziale, alternativo al ricovero diurno, all'interno del quale vengono erogate interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, effettuabili con tecniche anestesologiche che non necessitano di ricovero, ma eventualmente solo di un breve periodo di osservazione post-intervento, al termine del quale il paziente può tornare al proprio domicilio, eventualmente anche con accompagnamento se necessario.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale sopra indicate con l'applicazione di una franchigia a carico del Nucleo familiare (minimo non rimborsabile) di € 250,00.

Il massimale annuo a disposizione del Nucleo familiare è di € 800,00. Può essere chiesto il rimborso di una sola prestazione sanitaria di chirurgia ambulatoriale nel corso dell'anno solare di vigenza del Nomenclatore.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per la prestazione di chirurgia ambulatoriale:

- Inserimento tramite App



oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica o referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi
- Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate con eventuale referto istologico (se eseguito)

C.3 Radiologia, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche

erogate da privati effettuate al di fuori del ricovero (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

C.3.1 Prestazioni di diagnostica strumentale

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di diagnostica strumentale eseguite indipendentemente dal ricovero da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramurale e indicate nel nomenclatore provinciale di specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>), versione vigente.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di diagnostica strumentale nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ ricevuta fino ad un massimo di € 150,00 per ogni prestazione.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni di diagnostica strumentale:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi

C.3.2 Prestazioni di laboratorio analisi

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per tutte le prestazioni di diagnostica di laboratorio eseguite indipendentemente dal ricovero e indicate nel nomenclatore provinciale di spe-



cialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>), versione vigente.

Il rimborso delle spese sostenute avviene per ricevute o fatture emesse da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramuraria.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di diagnostica di laboratorio nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni di diagnostica di laboratorio:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi

C.3.3 Prestazioni terapeutiche

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni terapeutiche di seguito elencate):

- Terapia del dolore (infiltrazioni varie sia articolari che non, compresa la mesoterapia)
- Prestazioni di medicina complementare

Il rimborso delle spese sostenute avviene sia che siano state effettuate da professionisti o strutture in regime privato o libera professione intramuraria.

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni terapeutiche è sempre richiesta la prescrizione del medico di base contenente il sospetto diagnostico (la patologia presunta) o il referto della patologia accertata/diagnosi.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni terapeutiche nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni terapeutiche:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)



- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o Referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi

La disponibilità annua per i rimborsi delle prestazioni di diagnostica strumentale, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche (C.3.1, C.3.2 e C.3.3) è complessivamente per il Nucleo di € 800,00.

C.4 Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di fisioterapia, riabilitazione a seguito di una delle seguenti patologie:

- Ictus cerebrale
- patologie cardiologiche croniche (ad es. scompenso cardiaco)
- Infarto miocardio acuto
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson
- Demenza (Alzheimer)
- Trattamenti post-operatori la cui erogazione avviene nei 120 giorni successivi il ricovero
- Patologie afferenti all'apparato osteomuscolare
 - Piede: Piede equino varo-addotto supinato cavo; Piede calcaneare; Piede addotto; Piede cavo; Piede equino; Piede cadente; Piede valgo trasverso-piatto con diastasi degli spazi tra le teste delle ossa metatarsali in età pediatrica; Piede piatto valgo dell'adulto; Piede piatto; Alluce valgo; Dito a martello/ad artiglio; Quinto dito varo iperaddotto;
 - Ginocchio: Lussazione della rotula; Condropatia rotulea; Lesioni del menisco; Lesioni dei legamenti del ginocchio; Cisti di Baker/Cisti poplitea; Osteocondrite dissecante; Ginocchio valgo/varo; Ginocchio recurvato; Gonartrosi;
 - Anca: Periartrite della coxa (sindrome del tensore della fascia lata); Coxa saltans (anca a scatto); Displasia e lussazione congenita dell'anca; Morbo di Perthes; Epifisiolisi della testa del femore; Coxa vara congenita; Coxartrosi; Necrosi della testa del femore nell'adulto;
 - Mano: Encondroma; Gangli; Malattia dell'osso semilunare; Rizartrosi; Pseudoartrosi del navicolare; Sindattilia; Tendinosi, entesopatie, tendinopatie; Tendinovaginite di de Quervain
 - Dita: Dito a scatto; pollice a scatto; Sindrome del tunnel carpale; Morbo di Dupuytren
 - Gomito: Gomito Valgo/varo; Artrosi del gomito; Borsite olecranica; Lussazione del gomito; Epicondilita
 - Spalla: Malattie degenerative del cingolo scapolo-omeroale; Tendinite calcifica, borsite subacro-



- miale; Thoracic outlet syndrome; Lussazione postraumatica della spalla; Lussazione abituale della spalla; Rottura della cuffia dei rotatori; Artrosi del cingolo scapolare;
- Colonna vertebrale: Dorso piatto, curvo, curvo-cavo; Scoliosi; Patologie degenerative del rachide lombare; Ernia del disco; Blocco articolare; Morbo di Scheuermann; Spondilosi, Spondilolistesi; Osteoporosi; Osteomalacia; Tumori della colonna
- Miopatie: Distrofia muscolare progressiva; Miopatie infiammatorie; Miastenia; Miotonie
- Malattie reumatologiche:
 - Poliartrite cronica o artrite reumatoide;
 - Morbo di Bechterew
 - Malattie bronco-polmonari croniche:
 - bronco pneumopatie ostruttive;
 - bronco pneumopatie restrittive;
 - embolia polmonare;
 - polmonite;
 - asma bronchiale;
- Gravi lesioni a seguito di infortunio extralavorativo che comporti un grado di invalidità maggiore a 40%

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative, effettuate da professionista sanitario iscritto all'albo dei fisioterapisti, nel limite del 60% dell'importo sostenuto per tali prestazioni indicato nella relativa fattura/ricevuta.

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative è sempre richiesta la prescrizione, da medico specialista, che deve essere antecedente alle prestazioni effettuate. FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa massimo 10 sedute di fisioterapia per prescrizione: esaurito il ciclo, sarà necessario presentare nuova prescrizione.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, hotel, centri benessere.

Il massimale annuo a disposizione complessivamente del Nucleo familiare è di € 800,00.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso della spesa sanitaria per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Verbale del pronto soccorso (se presente)
- Prescrizione medica (medico specialista) con indicazione della patologia accertata/diagnosi



- Indicazione del titolo medico del soggetto presso cui sono state effettuate le sedute di fisioterapia (che dovrà risultare abilitato in fisioterapia)
- Nel caso di molteplici sedute di fisioterapia, indicare nella fattura il numero delle stesse e le date in cui sono state effettuate

C.5 Oculistica

C.5.1 Lenti correttive per occhiali

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute e documentate per lenti correttive per occhiali nel limite complessivamente di € 150,00 per Nucleo familiare e ogni due anni dalla data della prima fattura rimborsata.

Per la richiesta di rimborso della spesa delle lenti per occhiali è necessario presentare la relativa fattura emessa da ottico oppure optometrista con indicazione di variazione di diottrie o di primo occhiale. La prestazione non viene erogata a seguito di intervento di chirurgia refrattiva.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle lenti per occhiali e a contatto:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Prescrizione oculistica con indicazione della variazione delle diottrie o indicazione che si tratta di primo occhiale
- Fatture, ricevute con scontrino fiscale delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un optometrista con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Nella fattura / ricevuta il prezzo delle lenti e della montatura deve essere scomposto. Dalla documentazione deve emergere che si tratta di occhiali da vista deve essere indicata la variazione delle diottrie o indicato che si tratta di primo occhiale

C.5.2 Lenti a contatto

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per lenti correttive a contatto. Il rimborso viene erogato annualmente e nel limite complessivamente di € 50,00 per Nucleo familiare.

La prestazione non viene erogata a seguito di intervento di chirurgia refrattiva.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle lenti per occhiali e a contatto:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Prescrizione oculistica non più vecchia di 18 mesi
- Fatture, ricevute con scontrino fiscale delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un



ottico/optometrista con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento.

C.5.3 Chirurgia refrattiva

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per intervento di chirurgia refrattiva per la correzione di vizi di rifrazione (per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) documentati (maggiori o uguale a) ≥ 2 diottrie.

Vengono rimborsate totalmente le spese sostenute per prestazioni erogate nella misura del 75% della relativa fattura/ricevuta di pagamento.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute, documentate dal primo anno di validità del presente Nomenclatore per chirurgia refrattiva nel limite di € 750,00 per ogni occhio e complessivamente di € 1.500,00 del Nucleo familiare (massimo due interventi) e ogni cinque anni dalla data della prima fattura rimborsata.

Il piano sanitario esclude future richieste di rimborso di cui al punto C.5.1 e C.5.2 a partire dalla data dell'intervento.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese per intervento di chirurgia refrattiva:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture, notule, ricevute, ticket delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Dai documenti deve emergere espressamente che si tratta di un intervento di chirurgia refrattiva e deve essere riportata la patologia per la quale si esegue l'intervento (correzione di vizi di rifrazione, per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia). Inoltre, deve essere documentata la correzione che deve essere (maggiore o uguale a) ≥ 2 diottrie.

C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati

(incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche sottoelencate nel limite del massimale previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.



C.6.1. prestazioni odontoiatriche di prevenzione

IGENE ORALE E PARODONTOLOGIA		
La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €	Frequenza di rimborsi FONDO SANITARIO ALTO ADIGE
Visita odontoiatrica o ablazione tartaro	35,00	1 volta l'anno
Levigatura delle radici (per 6 denti)	28,00	1 volta l'anno
Splintaggio	17,00	1 volta l'anno
Chirurgia regenerativa compreso osso eterologo e/o membrane – per 6 denti	140,00	1 volta l'anno
Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura) – per 6 denti	140,00	1 volta l'anno
Chirurgia mucogengivale per uno o più denti e/o abbassamento di fornice (per arcata) sutura inclusa e anestesia	140,00	1 volta l'anno
Lembi o innesti liberi o deduncolati inclusa sutura e anestesia	42,00	1 volta l'anno

DIAGNOSTICA	Si rimborsa fino a un massimo di €	Frequenza di rimborso
Radiografia endoorale	10,00	1 volta l'anno
Panoramica	28,00	1 volta ogni 2 anni
CBCT	63,00	1 volta ogni 2 anni

CONSERVATIVA	
Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno due anni dalla precedente contribuzione. Tale lasso di tempo decorre dalla data del primo trattamento.	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
Otturazioni secondo le classi di BLACK	42,00
Ricostruzione di dente con ancoraggio a vite o perno ad elemento	42,00
Terapia canalare in dente mono o pluriradicolato	60,00
Ritrattamento canalare	105,00

C.6.2. Prestazioni di chirurgia odontoiatrica

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di chirurgia odontoiatrica nel limite del massimale previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.

CHIRURGIA	FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
Estrazione di dente o radice	35,00
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea	63,00
Estrazione di dente da latte	10,00



IMPLANTOLOGIA

Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento. I contributi erogati sono comprensivi di: primo intervento preoperatorio, porta impronte individuali, presa d'impronta, struttura provvisoria, secondo intervento, posizionamento della struttura, struttura definitiva, abutment, corone provvisorie applicate all'impianto portante. In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €

Impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	525,00
Intervento di rialzo del seno mascellare	245,00
Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante	245,00
Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per semiarcata	35,00
Mini impianti compresi attacchi di precisione	280,00

C.6.3. Protesica

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per le prestazioni protesiche odontoiatriche sia in caso di infortunio che in sua assenza, ma secondo tariffe differenti indicate sotto:

PROTESICA	In caso di infortunio FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €	In assenza di infortunio FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa fino a un massimo di €
In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 2 anni dal precedente trattamento sul medesimo elemento.		
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino a 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	56,00
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	105,00
Protesi totale provvisoria (per arcata)	157,00	70,00
Protesi arcata rimovibile o fissa con denti in resina o ceramica compreso Toronto Bridge e simili	437,00	210,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	52,00	35,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivi di elementi - per arcata) compreso Maryland Bridges	455,00	210,00
Corona protesica in LNP e ceramica	157,00	105,00
Corona protesica in LP o ceramica integrale o zirconia monolitica o stratificata	175,00	70,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	26,00	17,00
Perno - moncone e/o ricostruzione	50,00	35,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	52,00	37,00
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o faccette in resina fresata (per elemento)	140,00	91,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	44,00	28,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	42,00	28,00



Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	33,00	28,00
Perio – overdenture per arcata esclusi i perni come ad esempio soluzioni All-on 4/5/6	437,00	210,00
Corone telescopiche ad elemento	157,00	105,00
Inlay, Onlay, Overlay	58,00	42,00

Per la richiesta di rimborso delle prestazioni protesiche odontoiatriche in caso di infortunio deve essere prodotto il verbale del Pronto Soccorso.

Il massimale annuo disponibile per le prestazioni di **IGENE ORALE E PARODONTOLOGIA, DIAGNOSTICA, CONSERVATIVA, CHIRURGIA, IMPLANTOLOGIA, PROTESICA** è complessivamente di € 1.750,00 per Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche): la prima parte deve essere compilata dal Beneficiario, la seconda parte deve essere necessariamente compilata dal dentista, il quale dovrà apporvi la propria firma e il proprio timbro.
- Fatture o ricevute, anche d'acconto, delle spese sostenute con marca da bollo (dove prevista), con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento.
- Verbale del Pronto Soccorso in caso di prestazioni protesiche odontoiatriche da infortunio.

D. DISPOSITIVI – PRESIDI

D.7 Dispositivi ortopedici, protesi ortopediche ed acustiche

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi acustiche.

Il rimborso delle spese è previsto nel limite del 60% della spesa complessivamente sostenuta dal Nucleo familiare.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche.

Il rimborso delle spese è previsto nel limite del 60% della spesa complessivamente sostenuta dall'Isritto e dal Nucleo familiare.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie per l'acquisto in caso di necessità clinica documentata di uno dei seguenti dispositivi medici:

- busto C35
- busto steccato
- tutori articolari



Il rimborso delle spese è previsto nel limite del 60% della spesa complessivamente sostenuta dall'Isritto e dal Nucleo familiare

Il massimale annuo, per il rimborso delle spese suindicate, è complessivamente di € 1.000,00 per Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Relazione del medico che contenga la prescrizione del dispositivo/presidio e la patologia

E. TUTELA DELLA SALUTE

E.8 Tutela della salute di genere

E.8.1 Pacchetto prevenzione per prestazioni di Ginecologia prestazioni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto prevenzione per le seguenti prestazioni di ginecologia:

- a) Visita ginecologica
- b) esame citologico cervico vaginale (pap test) e/o test DNA per HPV
- c) Ecografia ginecologia o transvaginale di routine escluse le ecografie ostetriche.

Il rimborso per le prestazioni di ginecologia di cui alle lettere b), c) prevede l'applicazione di una franchigia pari ad € 20,00 per prestazioni, che rimane a carico dell'Isritto.

Il pacchetto di prevenzione ginecologica viene rimborsato una sola volta nell'anno solare, a prescindere che venga richiesto il rimborso di una o di tutte le prestazioni di cui alle lettere a), b), c) e fino a un massimo di € 150,00. Qualora la prima richiesta di rimborso dovesse contenere anche solo una prestazione di quelle previste, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese per ginecologia:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)



- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

E.8.2 Pacchetto prevenzione tumori al seno per le donne che rientrano nella fascia di età anagrafica tra 40-50 anni: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto di prevenzione

- a) Mammografia e/o
- b) Ecografia senologica

Il rimborso è previsto una volta ogni due anni dalla data di validità del presente Nomenclatore ed è erogabile solo in favore degli Iscritti con età anagrafica tra i 40 anni compiuti e i 50 anni compiuti.

Entrambe le prestazioni possono essere rimborsate solo se la richiesta viene presentata contestualmente per entrambe. Qualora, infatti, la prima richiesta di domanda dovesse contenere una sola prestazione indicata sopra, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Il massimale annuo per il rimborso del pacchetto di prevenzione è di € 100,00.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie di prevenzione:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

E.8.3 Pacchetto prevenzione e cura tumori organi sessuali maschili a decorrere dal 40°mo fino al 75°mo anno di età anagrafica: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto di prevenzione

- a) Visita specialistica urologica
- b) Ecografia dell'apparato sessuale
- c) Cistoscopia
- d) Flussometria
- e) PSA

Il rimborso delle prestazioni è previsto solo in favore degli Iscritti con età anagrafica tra i 40 anni compiuti e i 75 anni compiuti.



Il rimborso per le prestazioni di cui alle lettere b), c), d) prevede l'applicazione di una franchigia pari ad € 20,00 per singola prestazione, che rimane a carico dell'Isritto.

Il pacchetto di prevenzione a cura tumori organi sessuali maschili viene rimborsato una sola volta nell'anno solare, a prescindere che venga richiesto il rimborso di una o di tutte le prestazioni di cui alle lettere a), b), c), d) e), secondo i limiti sopra indicati e fino un massimo di € 150,00. Qualora la prima richiesta di rimborso dovesse contenere anche solo una prestazione prevista, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie di prevenzione:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.
- **E.8.4 Patologie andrologiche: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)**

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per la sola visita andrologica.

Il rimborso per la visita andrologica è totale e non sono previste limitazioni.

Il rimborso della prestazione è previsto una volta ogni tre anni dalla data di validità del presente Nomenclatore.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie di prevenzione:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

E.8.5 Pacchetto maternità: erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie sostenute durante il periodo di gravidanza per le seguenti prestazioni:

- a) Visite di controllo ostetrico ginecologiche (fino ad un massimo di 5 visite)
- b) Ecografie (fino a un massimo di 4 ecografie)
- c) Analisi di laboratorio clinico e accertamenti diagnostici, inclusi esami di alta diagnostica e alta



specializzazione quali amniocentesi, villocentesi ed altri esami ritenuti necessari dal medico ginecologico/ostetrico

d) Indagini genetiche

e) Prestazioni di riabilitazione post-partum: ginnastica post partum di riabilitazione del pavimento pelvico

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le singole prestazioni sanitarie comprese nel pacchetto maternità nella misura del 60%.

Il pacchetto maternità viene rimborsato una sola volta nell'anno solare, a prescindere che venga richiesto il rimborso di una o di tutte le prestazioni di cui alle lettere a), b), c), d), e) secondo i limiti sopra indicati. Qualora, infatti, la prima richiesta di rimborso dovesse contenere anche una prestazione prevista, il pacchetto di prevenzione s'intende esaurito con la prima prestazione rimborsata.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento
- Certificato di gravidanza

E.8.6 Pacchetto prevenzione e cura tumori della pelle per gli Iscritti che rientrano nel periodo di età anagrafica tra i 35 e i 65 anni, oltre a cura di malattie psoriasiche e dermatiti atopiche

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sanitarie per la sola visita dermatologica.

Il rimborso delle spese per la visita dermatologica è previsto solo in favore degli Iscritti con età anagrafica compresa tra i 35 anni compiuti e i 65 anni compiuti.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE rimborsa le spese sostenute per la visita dermatologica nel limite del 60%.

Il rimborso della prestazione è previsto una volta ogni due anni dalla data di validità del presente Nomenclatore.

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE per i soli Iscritti affetti da:

- psoriasi medio/grave (PASI \geq 10); e/o
- dermatiti atopiche gravi indipendentemente dall'età anagrafica, prevede:
- una quota di rimborso delle spese alberghiere per soggiorni termali (per un importo di € 40 al giorno fino a un massimo di 7 giorni)
- il rimborso delle spese sostenute per fototerapie (PUVA, e balneo PUVA) sarà effettuato nella misura del 100% senza applicazione di alcuna franchigia



Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- Inserimento tramite App

oppure:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Deve essere indicato che si tratta di visita di prevenzione.

La disponibilità annua per i rimborsi delle prestazioni dei pacchetti di cui ai punti E.8 è complessivamente per il Nucleo di € 4.000,00.

Esclusioni applicabili alla Sezione 2 del presente Nomenclatore

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE non rimborsa le spese sanitarie per le prestazioni in caso di:

- I. infortuni dovuti a tentato suicidio od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- II. patologie e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- III. infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing su roccia, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- IV. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- V. conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Isritto abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- VI. conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- VII. conseguenze di eruzioni vulcaniche, inondazioni e maremoti;
- VIII. conseguenze dirette o indirette di pandemia;
- IX. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del presente Nomenclatore;
- X. prestazioni di psichiatria, psicologia e di psicoterapia erogate da strutture o professionisti privati o pubblici;
- XI. prestazioni di logopedia e ergoterapia effettuate e non connesse a un ricovero;
- XII. prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari o secondari;



- XIII. visite di routine senza prescrizione medica e visite effettuate da medici di base o di medicina generale;
- XIV. prestazioni di prevenzione non esplicitamente indicati nel presente Nomenclatore;
- XV. visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in medicina e chirurgia; eccetto trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel presente Nomenclatore;
- XVI. prestazioni, cure e interventi di carattere estetico e alla medicina dello sport;
- XVII. spese relative a vaccini e medicinali di qualsiasi tipo;
- XVIII. spese relative all'acquisto di plantari e calzature ortopediche;
- XIX. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
- XX. spese mediche relative a infortuni occorsi prima della decorrenza dell'iscrizione al Fondo;
- XXI. spese relative al ritiro della cartella clinica, al rilascio di documentazione cartacea o su supporto magnetico o informatico;
- XXII. spese relative per il ritiro della cartella clinica;
- XXIII. spese per patenti di guida e attestati di idoneità di qualsiasi tipo;
- XXIV. spese per bolli o marche da bollo;



SEZIONE 3 – REGOLE GENERALI PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Il presente Nomenclatore si applica secondo la disciplina prevista dalla Sezione 1 e 2 del presente Nomenclatore a cui si rimanda integralmente.

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo. La documentazione da allegare alla domanda di rimborso deve essere redatta in lingua italiana, tedesca o inglese. Documenti in altre lingue devono essere accompagnati da una traduzione asseverata in lingua italiana o tedesca.

Le richieste di rimborso delle spese sanitarie per le Prestazioni indicate nelle Sezioni 1 e 2 del presente Nomenclatore devono rispettare la produzione della documentazione richiesta per il rimborso delle singole prestazioni. Alle richieste di rimborso devono essere allegate solo le copie delle fatture e dei documenti aggiuntivi che FONDO SANITARIO ALTO ADIGE conserva secondo le disposizioni di legge. FONDO SANITARIO ALTO ADIGE si riserva comunque la facoltà di richiedere all’Iscritto ulteriore documentazione, oltre a quella indicata nel presente Nomenclatore per una corretta valutazione della pratica o per effettuare verifiche sulla documentazione prodotta.

Non sono rimborsabili le ricevute/fatture di acconto, preavvisi di parcella o altra documentazione non identificabili come fatture, che indichino il saldo della prestazione.

La richiesta di rimborso presentata dall’Iscritto a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE **deve avvenire entro e non oltre il 31 marzo dell’anno successivo**, decorso tale termine non potranno essere accettate le richieste.

Il rimborso avviene solo su spese sanitarie documentate da ricevute/fatture presentate dall’Iscritto a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE emesse in favore dell’Iscritto dal medico e/o dalla struttura sanitaria nel periodo **dal 01/01/2025 al 31/12/2025**.

SEZIONE 4 – MODALITA' DI RICHIESTA DELLA PRESTAZIONI

Il nostro portale mySANI-FONDS è un modo semplice per inoltrare le richieste di rimborso. Dal sito www.sani-fonds.it/it/artigianato alla voce “Login” è possibile registrarsi nell’area riservata mySANI-FONDS. Il portale può essere utilizzato sia su PC che su tablet o smartphone.

Come registrarsi

Per registrarsi la prima volta: visitare il sito web www.sani-fonds.it/it/artigianato e dalla sezione “Iscritti mySANI-FONDS (2024)” fare clic su “all area riservata”. All’interno del portale fare clic sulla funzione “REGISTRA ORA” e digitare il proprio codice fiscale e il proprio indirizzo e-mail. Si raccomanda di utilizzare sempre un indirizzo e-mail personale e di evitare indirizzi e-mail generici (p.s. office @..., info@...). Dopo aver fatto clic su “REGISTRAZIONE” si riceverà una mail di benvenuto all’indirizzo mail indicato, nella quale è riportato un link che bisogna seguire per concludere la registrazione e attivare il proprio account. Cliccando sul link di attivazione si ritorna alla pagina di login di mySANI-FONDS, dalla quale si può accedere alla propria area riservata indicando il proprio indirizzo e-mail e impostando una password. Dopo aver effettuato il login, è necessario completare i propri dati personali, l’indirizzo e le coordinate bancarie prima di iniziare a caricare la propria richiesta di rimborso.



Come ripristinare la password

Tramite la funzione “LOGIN” è possibile ripristinare la password facendo clic sulla voce “Ha dimenticato la password?” Sulla schermata che si apre, è necessario indicare l’indirizzo e-mail utilizzato per registrarsi su mySANI-FONDS al quale verrà inviato un link da seguire per completare il recupero della password. Cliccando successivamente sul link si ritorna al portale, dove si può impostare una nuova password. Dopo aver confermato cliccando “INVIA”, si può accedere all’area riservata utilizzando l’indirizzo e-mail e la nuova password.

In alternativa, le domande di rimborso possono essere inviate tramite posta oppure consegnate direttamente presso la sede del Fondo, utilizzando apposito modulo pubblicato sul sito www.sani-fonds.it/it/artigianato nella sezione MODULI. Non sono ammesse domande di rimborso inviate per e-mail.

Come aggiornare i dati personali

Si raccomanda di verificare periodicamente la validità dei dati personali inseriti. Aggiornare regolarmente i dati aiuta a garantire la corretta lavorazione delle richieste di rimborso e la tempestiva ricezione di eventuali comunicazioni da parte di FONDO SANITARIO ALTO ADIGE.

Nel Menu Utente alla voce “Il mio profilo” è possibile visualizzare e aggiornare i seguenti dati:

- la lingua in cui ricevere le comunicazioni da parte di FONDO SANITARIO ALTO ADIGE,
- l’indirizzo di residenza, al quale saranno inviate le comunicazioni postali di FONDO SANITARIO ALTO ADIGE,
- l’indirizzo di corrispondenza, nel caso si vogliano ricevere le comunicazioni di FONDO SANITARIO ALTO ADIGE ad un indirizzo diverso da quello di residenza,
- il numero di telefono,
- le coordinate bancarie.

Sotto le voci “E-mail” e “Password” possono essere gestiti l’indirizzo e-mail e la password. L’indirizzo e-mail indicato corrisponde al Suo nome utente per accedere al portale mySANI-FONDS. Dopo una eventuale modifica dell’indirizzo e-mail, si ricorda di utilizzare come nome utente il nuovo indirizzo e-mail per il prossimo accesso.

Come richiedere il rimborso di una prestazione

Per richiedere una prestazione tramite area riservata mySANI-FONDS scegliere nel menu “NUOVA RICHIESTA” e selezionare l’ambito della prestazione per la quale si intende chiedere un rimborso. Caricare la fattura e tutti gli altri documenti necessari. Facendo clic sul pulsante “INVIA ADESSO” può inoltrare subito la richiesta, in alternativa è possibile salvare una bozza della richiesta selezionando “TORNA ALLA LISTA” e completarla ed inviarla successivamente. Alla voce “LE MIE RICHIESTE” nella sezione “RICHIESTE INVIATE” è disponibile l’elenco delle domande presentate. Le richieste ancora da completare si trovano nella sezione “BOZZE”.

Il portale consente l’utilizzo combinato di PC, tablet e smartphone. In questo modo è possibile fotografare i propri documenti utilizzando lo smartphone, caricarli e successivamente completare e inviare la richiesta tramite PC.

Stati di lavorazione delle richieste di rimborso

Nel portale mySANI-FONDS per ogni pratica è indicato lo stato attuale di lavorazione in tempo reale.

IN ATTESA

Il rimborso delle spese può essere richiesto solo se il richiedente era regolarmente iscritto a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE nel momento in cui la fattura a saldo è stata emessa. Qualora non sia stata effettuata l'iscrizione al Fondo e/o non sia pervenuto integralmente il pagamento della contribuzione, la domanda di rimborso rimane in stato IN ATTESA fino ad un massimo di 60 giorni dalla presentazione della stessa, dopodiché verrà automaticamente respinta. Le richieste in stato IN ATTESA possono essere riportate allo stato di BOZZA e successivamente rielaborate cliccando sul pulsante "modifica".

INVIATO O IN VALUTAZIONE

La richiesta di rimborso è pervenuta a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE ovvero è in corso di valutazione. Le richieste vengono valutate in ordine cronologico di arrivo a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE e di norma concluse entro 120 giorni. Le richieste in stato INVIATO o IN VALUTAZIONE non possono essere più modificate.

INTEGRA DOCUMENTI

Può capitare che una richiesta di rimborso richieda l'integrazione di ulteriore documentazione. In questo caso, FONDO SANITARIO ALTO ADIGE informerà l'iscritto via e-mail e chiederà di accedere a mySANI-FONDS. Nel portale si trova un nuovo messaggio con tutti i dettagli sui documenti mancanti che possono essere integrati tramite upload di file per completare la richiesta. La documentazione integrativa deve pervenire a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE entro e non oltre 60 giorni dalla richiesta di presentazione. Dopo questa scadenza, la domanda sarà automaticamente respinta, ma può essere ripresentata insieme ai documenti di rimborso completi, ma comunque entro e non oltre il 31 marzo dell'anno successivo alla data di emissione del documento di spesa.

RIMBORSATO

La richiesta di rimborso è stata elaborata e il rimborso è stato effettuato sulle coordinate bancarie indicate. L'iscritto verrà informato via e-mail che il conteggio delle prestazioni è disponibile e può essere scaricato direttamente dal portale mySANI-FONDS. Il conteggio delle prestazioni contiene i dettagli del rimborso e l'importo liquidato.

NON RIMBORSABILE

La richiesta è stata elaborata, però la prestazione richiesta non è rimborsabile. Forse, il nomenclatore di FONDO SANITARIO ALTO ADIGE non prevede il rimborso della prestazione richiesta o i massimali e i limiti indicati nel nomenclatore sono già stati esauriti.



RESPINTO

La richiesta di rimborso è stata respinta e archiviata. Sul motivo del rifiuto, FONDO SANITARIO ALTO ADIGE informa l'Isritto via e-mail.

Riepilogo annuale delle prestazioni rimborsate da FONDO SANITARIO ALTO ADIGE

Nei primi mesi successivi alla fine dell'anno solare, FONDO SANITARIO ALTO ADIGE elabora automaticamente i riepiloghi annuali. L'Isritto sarà informato via e-mail non appena sarà disponibile il riepilogo annuale che può essere scaricato direttamente dal portale mySANI-FONDS.

Approvato dall'Assemblea dei Delegati in data 11.12.2024



Per tutte le prestazioni previste dal Nomenclatore

sanitario visitare anche: www.sani-fonds.it/it/artigianato

Fondo Sanitario Alto Adige

Via Marie-Curie 15

39100 Bolzano

Telefono 0471 19 642 40

e-mail: info@sani-fonds.it

Orari: Da lunedì a venerdì

dalle ore 9 alle ore 12

e dalle ore 14 alle ore 16

Per eventuali reclami riguardanti
il rapporto contrattuale o la gestione
dei rimborsi scrivere a:
reclamation@sani-fonds.it