

Il richiedente, preso atto dello Statuto, del Regolamento e della Guida illustrativa sul funzionamento di Fondo Sanitario Alto Adige - Settore Edilizia, chiede il rimborso di quanto indicato.

Il richiedente si obbliga, nel caso in cui abbia già ottenuto un rimborso per la stessa prestazione da un altro soggetto (assicurazione privata - azienda sanitaria), a darne apposito avviso, allegando la lettera di liquidazione.

Luogo _____ Data _____

Firma del/la richiedente

(se il richiedente è minorenne, la sottoscrizione deve essere effettuata da chi esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la tutela)

INFORMATIVA BREVE

Titolare del trattamento dei dati personali è Fondo Sanitario Alto Adige, contattabile all'indirizzo e-mail: info@sani-fonds.it; PEC: sani-fonds@secure-pec.it; Responsabile della protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) è la società ReNorm S.r.l. (contattabile all'indirizzo e-mail: renorm@legalmail.it).

I dati personali da Lei forniti sono trattati, tra le altre, per poter evadere la Sua richiesta di rimborso al Fondo, nonché quella della Sua famiglia così come ha indicato, in conformità alle attività previste dal Regolamento e per il tempo strettamente necessario al raggiungimento della/e finalità per le quali sono stati raccolti. Per tali finalità il conferimento dei dati è necessario e l'eventuale rifiuto di fornire i dati, in tutto o in parte, comporterà l'impossibilità di erogazione ed elaborazione del rimborso richiesto. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. L'interessato/a può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 contattando Fondo Sanitario Alto Adige e/o il DPO all'indirizzo sopra riportato. Per ulteriori informazioni, anche relativamente al consenso, si rimanda all'informativa dettagliata sul trattamento dei dati personali, scaricabile sul nostro sito web (sezione "Moduli"): <https://www.sani-fonds.it/it/edilizia/moduli>

ADERENTE AL FONDO

Io sottoscritto/a, aderente al fondo, tenuto conto dell'**informativa privacy** (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) - disponibile al seguente [link](#) - in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute), consapevole che in mancanza del proprio consenso risulta impossibile per Fondo Sanitario Alto Adige dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni:

→ ✓ **Presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali contenuti nella domanda di rimborso*.**

*Si ricorda che, con la sottoscrizione della presente "Domanda di Rimborso", Lei autorizza espressamente al trattamento dei propri dati personali nonché sensibili, necessario per dare corso ai necessari adempimenti per la gestione della Sua domanda di rimborso.



Luogo _____ Data _____

Firma del/la richiedente

(se il richiedente è minorenne, la sottoscrizione deve essere effettuata da chi esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la tutela)

FAMILIARE BENEFICIARIO

Io sottoscritto/a, familiare beneficiario, tenuto conto dell'**informativa privacy** (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – disponibile al seguente [link](#) – in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute), consapevole che in mancanza del proprio consenso risulta impossibile per Fondo Sanitario Alto Adige dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni:

→ ✓ **Presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali contenuti nella domanda di rimborso*.**

*Si ricorda che, con la sottoscrizione della presente "Domanda di Rimborso", Lei autorizza espressamente al trattamento dei propri dati personali nonché sensibili, necessario per dare corso ai necessari adempimenti per la gestione della Sua domanda di rimborso.

Luogo _____ Data _____

Firma del familiare beneficiario

(se il richiedente è minorenne, la sottoscrizione deve essere effettuata da chi esercita la potestà genitoriale o da chi ne ha la tutela)

INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Tramite posta elettronica: sani@cassaedile.bz.it

Personalmente o a mezzo posta presso la sede di Fondo Sanitario Alto Adige - Via Marie Curie 15, Bolzano oppure Cassa Edile Provincia Autonoma di Bolzano - Via Marconi 2, Bolzano



Modulo prestazioni odontoiatriche

Il presente modulo deve essere compilato dal medico odontoiatra con timbro e firma

Di seguito viene riportato l'elenco delle prestazioni previste nel Nomenclatore di dettaglio di Fondo Sanitario Alto Adige - Settore Edilizia.

Il medico odontoiatra deve indicare la tipologia di prestazione eseguita, il numero, la sede/dente e il costo unitario e sottoscrivere il modulo con la propria firma e il proprio timbro.

CONSERVATIVA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Otturazioni secondo le classi di BLACK	_____	_____	_____	_____
Intarsio (Inlay, Onlay, Overlay)	_____	_____	_____	_____
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	_____	_____	_____	_____
Terapia canalare in dente mono- o pluriradicolato	_____	_____	_____	_____
Ritrattamento canalare	_____	_____	_____	_____

IMPLANTOLOGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____

Compreso: estrazione dente, 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.



PROTESICA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	_____	_____	_____	_____
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino 4 denti, compresi ganci ed elementi)	_____	_____	_____	_____
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	_____	_____	_____	_____
Protesi totale immediata (per arcata)	_____	_____	_____	_____
Singolo attacco di semiprecisione/ precisione	_____	_____	_____	_____
Apparecchio scheletrato	_____	_____	_____	_____
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	_____	_____	_____	_____
Riparazione di protesi	_____	_____	_____	_____
Corona protesica	_____	_____	_____	_____
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	_____	_____	_____	_____
Perno - moncone e/o ricostruzione	_____	_____	_____	_____
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o LP e faccette in resina fresata (per elemento)	_____	_____	_____	_____
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento) o in resina - indiretta (per elemento)	_____	_____	_____	_____
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	_____	_____	_____	_____

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Estrazione di dente o radice o dente da latte (con o senza sedazione)	_____	_____	_____	_____
Intervento chirurgico cisti follicolari o radicolari	_____	_____	_____	_____
Intervento chirurgico ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare	_____	_____	_____	_____
Intervento chirurgico odontoma o adamantinoma	_____	_____	_____	_____
Rimozione di impianto dislocato nel seno mascellare	_____	_____	_____	_____

Data di compilazione _____

Timbro e firma del medico
 odontoiatra/ ortodontico

INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Tramite posta elettronica: sani@cassaedile.bz.it

Personalmente o a mezzo posta presso la sede di Fondo Sanitario Alto Adige - Via Marie Curie 15, Bolzano oppure Cassa Edile Provincia Autonoma di Bolzano - Via Marconi 2, Bolzano