

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

Dati anagrafici del richiedente iscritto al Fondo

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il _____ Sesso M F
Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune di residenza _____ Prov. _____
Recapito e-mail _____ Tel. _____

Si prega di compilare la parte sottostante nel caso in cui venga richiesto il rimborso per un familiare

Dati anagrafici del familiare

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il _____ Sesso M F
Familiare Coniuge Convivente more uxorio Figlio/Figlia
Fiscalmente a carico SI NO

Si allegano in copia le seguenti fatture/ricevute:

| Numero fattura | Emittente | Data fattura | Importo |
|----------------|-----------|--------------|---------|
| 1 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5 _____ | _____ | _____ | _____ |

Pregasi indicare le coordinate bancarie per il pagamento del rimborso:

Intestatario del conto corrente _____
Banca _____
IBAN _____



Il richiedente, preso atto dello Statuto, del Regolamento e della Guida illustrativa sul funzionamento di Fondo Sanitario Alto Adige, 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 - Fondo Sanitario Integrativo Provinciale, 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. (Dr. Francisco Garcia-Garrido 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>

ISCRITTO AL FONDO

Io sottoscritto, iscritto 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, 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)



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 Fondo Sanitario Alto Adige.

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.

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA

| PRESTAZIONE | VINCOLI ALLE PRESTAZIONI | QUANTITÀ | DENTE/I SEDE/I | COSTO UNITARIO |
|--|--------------------------|----------|----------------|----------------|
| Visita odontoiatrica o ablazione del tartaro | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Levigatura delle radici (per 6 denti) se propedeutica ad intervento di chirurgia paradontale | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Splintaggio | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Chirurgia regenerativa compreso osso eterologo e/o membrane - per 6 denti | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di limbo e sutura) - per 6 denti | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Chirurgia mucogengivale per uno o più denti e/o approfondimento di fornice (per arcata) sutura inclusa e anestesia | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Lembi o innesti liberi o pedunculati inclusa sutura e anestesia | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |

DIAGNOSTICA

| PRESTAZIONE | VINCOLI ALLE PRESTAZIONI | QUANTITÀ | DENTE/I SEDE/I | COSTO UNITARIO |
|----------------------|--------------------------|----------|----------------|----------------|
| Radiografia endorale | 1 volta l'anno | _____ | _____ | _____ |
| Panoramica | 1 volta ogni 2 anni | _____ | _____ | _____ |
| CBCT | 1 volta ogni 2 anni | _____ | _____ | _____ |



CONSERVATIVA

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

Sono escluse le otturazioni del tipo Inlays, Onlays, Overlays

CHIRURGIA

| PRESTAZIONE | VINCOLI ALLE PRESTAZIONI | QUANTITÀ | DENTE/I SEDE/I | COSTO UNITARIO |
|--|--------------------------|----------|----------------|----------------|
| Estrazione di dente o radice | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Estrazione di dente da latte | _____ | _____ | _____ | _____ |

IMPLANTOLOGIA

| PRESTAZIONE | VINCOLI ALLE PRESTAZIONI | QUANTITÀ | DENTE/I SEDE/I | COSTO UNITARIO |
|---|--------------------------|----------|----------------|----------------|
| impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Intervento di rialzo del seno mascellare | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante | _____ | _____ | _____ | _____ |



| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per semiarcata | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Mini impianti compresi attacchi di precisione | _____ | _____ | _____ | _____ |

PROTESICA

E' previsto il rimborso per le prestazioni protesiche sia in caso di infortunio che in sua assenza ma con tariffari differenziati.

Per il rimborso di prestazioni in caso di infortunio, è necessario allegare il verbale del Pronto Soccorso.

| 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 in LNP | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi - per arcata) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Corona protesica in LNP e ceramica | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Corona protesica in LP o ceramica integrale o zirconia monolitica o stratificata | _____ | _____ | _____ | _____ |



| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Corona protesica provvisoria semplice in resina | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Perno - moncone e/o ricostruzione | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Corona a giacca in resina (per elemento definitivo) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 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) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Perio - overdenture per arcata esclusi i perni | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Corone telescopiche ad elemento | _____ | _____ | _____ | _____ |

Data di compilazione _____

Timbro e firma del medico odontoiatra

