

## 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](mailto:info@sani-fonds.it); PEC: [sani-fonds@secure-pec.it](mailto: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](mailto: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)	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	_____	_____	_____	_____

## CHIRURGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Estrazione di dente o radice	_____	_____	_____	_____
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 provvisoria rimovibile (fino 4 denti, compresi ganci ed elementi)	_____	_____	_____	_____
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	_____	_____	_____	_____
Protesi totale provvisoria (per arcata)	_____	_____	_____	_____
Protesi totale rimovibile o fissa con denti in resina o ceramica (comprende anche Toronto Bridge e simili)	_____	_____	_____	_____
Singolo attacco di semiprecisione/ precisione in LNP	_____	_____	_____	_____
Apparecchio scheletrico (struttura LNP o LP, comprensivi di elementi) (comprende anche Maryland Bridge)	_____	_____	_____	_____
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 (comprende anche soluzioni all-on-4/6/8 e simili)	_____	_____	_____	_____
Corone telescopiche ad elemento	_____	_____	_____	_____
Inlay, Onlay, Overlay	_____	_____	_____	_____

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico odontoiatra