

NOMENCLATORE SANI-FONDS 2024

Validità: 1° gennaio 2024 – 31 dicembre 2024

Indice

SEZIONE 1 – Prestazioni per Iscritto e Nucleo familiare dell’Iscritto 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	5
CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI	5
A. AREA RICOVERO: INDENNITA' DA RICOVERO, RIMBORSO SPESE SANITARIE POST RICOVERO	5
A.1 Ricovero	5
A.2 Post-ricovero	6
B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)	6
C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO	7
C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero	7
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	9
C.3.3 Prestazioni terapeutiche	10
C.4 Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale	10
C.5 Oculistica	12
C.5.1 Lenti (per occhiali/a contatto)	12
C.5.2 Chirurgia refrattiva	13
C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati	14
C.6.1. prestazioni odontoiatriche di prevenzione	14
C.6.2. Prestazioni di chirurgia odontoiatrica	15
C.6.3. Protesica	16
C.6.4. Ortodonzia	17
D. DISPOSITIVI – PRESIDI	18
D.1 Dispositivi ortopedici e protesi acustiche	18
E. TUTELA DELLA SALUTE	19
E.8 Tutela della salute di genere	19
E.8.1 Pacchetto prevenzione per prestazioni di Ginecologia: prestazioni erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	19
E.8.2 Pacchetto prevenzione tumori al seno per le donne che rientrano nella fascia di età anagrafica 40-45 anni: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	19
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: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia).	20
E.8.4 Patologie andrologiche: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia).	21

E.8.5 Pacchetto maternità: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	21
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	22
Esclusioni applicabili alla Sezioni 1 del presente Nomenclatore	23
SEZIONE 2 – Prestazioni per Nucleo familiare dell’Iscritto in caso di iscrizione volontaria da parte dell’Iscritto e contribuzione a suo carico	24
CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI	24
A. AREA RICOVERO: INDENNITA' DA RICOVERO, RIMBORSO SPESE SANITARIE POST RICOVERO	24
A.1 Ricovero	24
A.2 Post-ricovero	25
B. AREA AMBULATORIALE SETTORE PUBBLICO (SSN – SSP)	25
C. AREA AMBULATORIALE SETTORE PRIVATO	26
C.1 Visite specialistiche private effettuate al di fuori del ricovero	26
C.2 Chirurgia ambulatoriale settore privato	27
C.3 Radiologia, laboratorio analisi e prestazioni terapeutiche	28
C.3.1 Prestazioni di diagnostica strumentale	28
C.3.2 Prestazioni di laboratorio analisi	28
C.3.3 Prestazioni terapeutiche	29
C.4 Fisioterapia, riabilitazione ambulatoriale	29
C.5 Oculistica	31
C.5.1 Lenti (per occhiali/a contatto)	31
C.5.2 Chirurgia refrattiva	32
C.6 Odontoiatria: prestazioni erogate da privati	33
C.6.1. prestazioni odontoiatriche di prevenzione	33
C.6.2. Prestazioni di chirurgia odontoiatrica	34
C.6.3. Protesica	35
D. DISPOSITIVI – PRESIDI	36
D.1 Dispositivi ortopedici e protesi acustiche	36
E. TUTELA DELLA SALUTE	37
E.8 Tutela della salute di genere	37
E.8.1 Pacchetto prevenzione per prestazioni di Ginecologia: prestazioni erogate da privati (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	37
E.8.2 Pacchetto prevenzione tumori al seno per le donne che rientrano nella fascia di età anagrafica tra 40-45 anni: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	37
E.8.3 Pacchetto prevenzione e cura tumori organi sessuali maschili a decorrere dal 40’mo fino al 75’mo anno di età anagrafica: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia).	38

E.8.4 Patologie andrologiche: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	38
E.8.5 Pacchetto maternità: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)	39
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	39
Esclusioni applicabili alla Sezione 2 del presente Nomenclatore	41
SEZIONE 3 - REGOLE GENERALI PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE	42
SEZIONE 4 - MODALITA' DI RICHIESTA DELLA PRESTAZIONI	42

SEZIONE 1 – Prestazioni per Iscritto e Nucleo familiare dell’Iscritto 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

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 da SANI-FONDS, mediante rimborso delle spese sanitarie, in favore dei seguenti beneficiari (“**Beneficiari**”):

- a) I lavoratori dipendenti iscritti dai Soci (“**Iscritti**”);
- b) I lavoratori dipendenti dei Soci che si iscrivono volontariamente (“**Iscritti**”);
- c) I lavoratori dipendenti iscritti dagli Aderenti (“**Iscritti**”);
- d) I titolari di impresa individuale Aderente, i familiari collaboratori d’azienda Aderente (la cui qualifica viene formalizzata con atto notarile) e i soci persone fisiche che prestano attività lavorativa nell’azienda Aderente iscritti al Fondo (“**Iscritti**”);
- e) I proscrittori volontari (“**Iscritti**”);
- 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

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

A.1 Ricovero

SANI-FONDS prevede un’indennità giornaliera per qualsiasi tipologia di 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.



A.2 Post-ricovero

SANI-FONDS 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:

- 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 Cartella clinica completa
- 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

SANI-FONDS prevede un rimborso di tutti i 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://www.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate-convenzionate.asp>.

Il rimborso riconosciuto da SANI-FONDS 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'iscritto che di ciascun componente del Nucleo familiare.

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

Per poter applicare correttamente la franchigia e calcolare adeguatamente il rimborso spettante, i



tickets sanitari pagati devono essere presentati in un'unica soluzione entro e non oltre il 31 marzo dell'anno successivo all'anno solare di riferimento.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso tickets sanitari:

- 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

SANI-FONDS 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.

Sono sempre escluse le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

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.

SANI-FONDS 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:

- 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)

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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:

- 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

SANI-FONDS 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://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/personale-sanitario/tariffario-delle-prestazioni-ambulatoriali.asp>), versione vigente.

SANI-FONDS 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

- 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

SANI-FONDS 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://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/personale-sanitario/tariffario-delle-prestazioni-ambulatoriali.asp>), versione vigente.

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

SANI-FONDS 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:

- 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

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per le prestazioni terapeutiche di seguito elencate):

- Terapia del dolore (infiltrazioni varie sia articolari che non, incluso il prezzo del farmaco, 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.

SANI-FONDS 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:

- 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)

SANI-FONDS 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, enteropatie, tendinopatie; Tendinovagnite di de Quervain
 - 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 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; Spondilisi, 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%



SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative 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.

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:

- 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 (per occhiali/a contatto)

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute, documentate dal primo anno di validità del presente Nomenclatore 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.

SANI-FONDS 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.

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

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture, ricevute con scontrino fiscale delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un oculista oppure da un ottico/optometrista con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di



manca 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 Chirurgia refrattiva

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per intervento di chirurgia refrattiva per la correzione di vizi di rifrazione (per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) documentati (maggiore o uguale a) ≥ 2 diottrie.

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

SANI-FONDS 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 dell'Iscritto e del Nucleo Familiare (massimo due interventi) e ogni due anni dalla data della prima fattura rimborsata.

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

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

- 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)

SANI-FONDS 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

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA		
* La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione	Sani-Fonds rimborsa fino a un massimo di €	Frequenza di rimborsi Sani-Fonds
Visita odontoiatrica o ablazione tartaro	35,00	1 volta l'anno
Levigatura delle radici (per 6 denti) se propedeutica ad intervento di chirurgia paradontale	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.	SANI-FONDS 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
Sono escluse le otturazioni del tipo Inlays, Onlays, Overlays	



C.6.2. Prestazioni di chirurgia odontoiatrica

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di chirurgia odontoiatrica nel limite del massimale previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.

CHIRURGIA	SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €
Estrazione di dente o radice	35,00
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente	56,00
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, 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.	SANI-FONDS 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

SANI-FONDS 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 SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €	In assenza di infor- tunio SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	105,00
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino a 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	56,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	437,00	210,00
Protesi totale immediata (per arcata)	175,00	70,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione Inp	52,00	35,00
Apparecchio scheletrato (struttura Inp o Ip, comprensivi di elementi – per arcata)	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	437,00	210,00
Corone telescopiche ad elemento	157,00	105,00

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 PARADONTOLOGIA, DIAGNOSTICA, CONSERVATIVA, CHIRURGIA, IMPLANTOLOGIA, PROTESICA** è complessivamente di € 1.750,00 per Iscritto e Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese:

- 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

SANI-FONDS 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	SANI-FONDS 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:

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- 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.1 Dispositivi ortopedici, protesi ortopediche ed acustiche

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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:

- 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'iscritto.

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

SANI-FONDS 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 alla lettera a) è totale e non sono previste limitazioni.

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 ricevuta/fattura, che rimane a carico dell'iscritto.

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) secondo i limiti sopra indicati. Qualora, infatti, 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:

- 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 40-45 anni: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

SANI-FONDS 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 Iscritti con età anagrafica tra i 40 anni compiuti e i 45 anni compiuti.

Entrambe le prestazioni possono essere rimborsate solo se la richiesta viene presentata contestualmente 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:

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

SANI-FONDS 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 alla lettera a) e e) è totale e non sono previste limitazioni.

Il rimborso per le prestazioni di cui alle lettere b), c), d) prevede l'applicazione di una franchigia pari ad € 20,00 per singola ricevuta/fattura, 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), 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 di prevenzione:

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

SANI-FONDS 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:

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

SANI-FONDS 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) Controlli ostetrici
- c) Ecografie (fino a un massimo di 4 ecografie)
- d) 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
- e) Indagini genetiche
- f) Prestazione di riabilitazione post-partum: ginnastica post partum di riabilitazione del pavimento pelvico.

SANI-FONDS 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) f), 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:

- 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

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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:

- 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

SANI-FONDS 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 e di psicologia 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;
- 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;
- XVII) spese relative a vaccini;
- XVIII) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
- XIX) spese mediche relative a Infortuni occorsi prima della decorrenza dell'iscrizione al Fondo;
- XX) spese relative a certificati medici per qualsiasi finalità;
- XXI) spese relative per il ritiro della cartella clinica;
- XXII) spese per patenti di guida;
- XXXII) 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 da SANI-FONDS, 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

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

A.1 Ricovero

SANI-FONDS prevede un’indennità giornaliera per qualsiasi tipologia di 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 il Nucleo.



A.2 Post-ricovero

SANI-FONDS 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:

- 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 Cartella clinica completa
- 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

SANI-FONDS prevede un rimborso di tutti i 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://www.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/strutture-sanitarie-private-accreditate-convenzionate.asp>.

Il rimborso riconosciuto da SANI-FONDS 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.

Per poter applicare correttamente la franchigia e calcolare adeguatamente il rimborso spettante, i tickets sanitari pagati devono essere presentati in un'unica soluzione entro e non oltre il 31 marzo



dell'anno successivo all'anno solare di riferimento.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso tickets sanitari:

- 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

SANI-FONDS 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.

Sono sempre escluse le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

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.

SANI-FONDS 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:

- 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)

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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:

- 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

SANI-FONDS 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://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/personale-sanitario/tariffario-delle-prestazioni-ambulatoriali.asp>), versione vigente.

SANI-FONDS 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

- 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

SANI-FONDS 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://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/personale-sanitario/tariffario-delle-prestazioni-ambulatoriali.asp>), versione vigente.

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

SANI-FONDS 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:

- 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

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per le prestazioni terapeutiche di seguito elencate):

- Terapia del dolore (infiltrazioni varie sia articolari che non, incluso il prezzo del farmaco, 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.

SANI-FONDS 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:

- 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)

SANI-FONDS 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, enteropatie, tendinopatie; Tendinovagnite di de Quervain
 - 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-omerale; 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; Spondilisi, 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%

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative 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.



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:

- 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 (per occhiali/a contatto)

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute, documentate dal primo anno di validità del presente Nomenclatore 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 un oculista oppure un oculista/optometrista con indicazione di variazione di diottrie o di primo occhiale.

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per lenti correttive a contatto. Il rimborso viene erogato annualmente e nel limite complessivamente di € 50,00 per Nucleo Familiare.

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

- Compilare la Domanda di rimborso (→ Modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie)
- Fatture, ricevute con scontrino fiscale delle spese sostenute emesse da un ottico, oppure da un oculista 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. 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 Chirurgia refrattiva

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per intervento di chirurgia refrattiva per la correzione di vizi di rifrazione (per esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) documentati (maggiore o uguale a) ≥ 2 diottrie.

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

SANI-FONDS 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 due anni dalla data della prima fattura rimborsata.

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

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

- 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)

SANI-FONDS 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

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA		
* La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione	Sani-Fonds rimborsa fino a un massimo di €	Frequenza di rimborsi Sani-Fonds
Visita odontoiatrica o ablazione tartaro	35,00	1 volta l'anno
Levigatura delle radici (per 6 denti) se propedeutica ad intervento di chirurgia paradontale	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.	SANI-FONDS 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
Sono escluse le otturazioni del tipo Inlays, Onlays, Overlays	



C.6.2. Prestazioni di chirurgia odontoiatrica

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di chirurgia odontoiatrica nel limite del massimale previsto dal Tariffario Odontoiatrico indicato di seguito.

CHIRURGIA	SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €
Estrazione di dente o radice	35,00
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente	56,00
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea	63,00
Estrazione di dente da latte	10,00
IMPLANTOLOGIA	SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €
<p>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, 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.</p>	
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

SANI-FONDS 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 SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €	In assenza di infortunio SANI-FONDS rimborsa fino a un massimo di €
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	105,00
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino a 4 denti, compresi ganci ed elementi)	157,00	56,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	437,00	210,00
Protesi totale immediata (per arcata)	175,00	70,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione Inp	52,00	35,00
Apparecchio scheletrato (struttura Inp o Ip, comprensivi di elementi - per arcata)	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	437,00	210,00
Corone telescopiche ad elemento	157,00	105,00

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 PARADONTOLOGIA, DIAGNOSTICA, CONSERVATIVA, CHIRURGIA, IMPLANTOLOGIA, PROTESICA** è complessivamente di € 1.750,00 per Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese:

- 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.1 Dispositivi ortopedici, protesi ortopediche ed acustiche

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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 Nucleo familiare.

Documentazione da presentare per richiedere rimborso delle spese sanitarie:

- 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)

SANI-FONDS 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 alla lettera a) è totale e non sono previste limitazioni.

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 ricevuta/fattura, 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) secondo i limiti sopra indicati. Qualora, infatti, 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:

- 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 40-45 anni: (incluse prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

SANI-FONDS 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 Isritti con età anagrafica tra i 40 anni compiuti e i 45 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:

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

SANI-FONDS rimborsa le spese sostenute per il seguente pacchetto di prevenzione

- Visita specialistica urologica
- Ecografia dell'apparato sessuale
- Cistoscopia
- Flussometria
- 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 alla lettera a) e e) è totale e non sono previste limitazioni.

Il rimborso per le prestazioni di cui alle lettere b), c), d) prevede l'applicazione di una franchigia pari ad € 20,00 per singola ricevuta/fattura, 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), 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 di prevenzione:

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

SANI-FONDS 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:

- 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: (includere prestazioni erogate da personale sanitario in libera professione in intramoenia)

SANI-FONDS 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) Controlli ostetrici
- c) Ecografie (fino a un massimo di 4 ecografie)
- d) 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
- e) Indagini genetiche
- f) Prestazioni di riabilitazione post-partum: ginnastica post partum di riabilitazione del pavimento pelvico

SANI-FONDS 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) f), 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:

- 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

SANI-FONDS 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.



SANI-FONDS 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.

SANI-FONDS 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:

- 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 D.8 è complessivamente per il Nucleo di € 4.000,00.



Esclusioni applicabili alla Sezione 2 del presente Nomenclatore

SANI-FONDS 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 e di psicologia 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 in assenza di patologia;
- 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;
- XVII. spese relative a vaccini;
- XVIII. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
- XIX. spese mediche relative a Infortuni occorsi prima della decorrenza dell'iscrizione al Fondo;
- XX. spese relative a certificati medici per qualsiasi finalità;
- XXI. spese relative per il ritiro della cartella clinica;
- XXII. spese per patenti di guida;
- XXIII. 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 SANI-FONDS conserva secondo le disposizioni di legge.

SANI-FONDS si riserva comunque la facoltà di richiedere all'Isritto 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'Isritto a SANI-FONDS **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'Isritto a SANI-FONDS emesse in favore dell'Isritto dal medico e/o dalla struttura sanitaria nel periodo **dal 01/01/2024 al 31/12/2024**.

SEZIONE 4 - MODALITA' DI RICHIESTA DELLA PRESTAZIONI

Il nostro portale [mySANI-FONDS](http://www.sani-fonds.it) è un modo semplice per inoltrare le richieste di rimborso. Dal sito www.sani-fonds.it alla voce "mySANI-FONDS" a partire dal 02/01/2024 è possibile registrarsi nell'area riservata. 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 e dalla sezione "mySANI-FONDS" fare clic su "accesso al portale mySANI-FONDS. 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 "INVIA" 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 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 SANI-FONDS.

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 SANI-FONDS,
- l’indirizzo di residenza, al quale saranno inviate le comunicazioni postali di SANI-FONDS,
- l’indirizzo di corrispondenza, nel caso si vogliano ricevere le comunicazioni di SANI-FONDS 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 SANI-FONDS 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 SANI-FONDS ovvero è in corso di valutazione. Le richieste vengono valutate in ordine cronologico di arrivo a SANI-FONDS 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, SANI-FONDS 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 SANI-FONDS 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 Sani-Fonds 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, SANI-FONDS informa l'iscritto via e-mail.

Riepilogo annuale delle prestazioni rimborsate da SANI-FONDS

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

Deliberato in data 16/11/2023 dall'Assemblea dei Delegati SANI-FONDS

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano
sanitario visitare anche:**

www.sani-fonds.it

Telefono 0471 19 642 40

e-mail: info@sani-fonds.it

Via Marie-Curie 15

39100 Bolzano

Orari: Da lunedì a venerdì

dalle ore 9 alle ore 12

e dalle ore 14 alle ore 16