

NOMENCLATORE

FONDO SANITARIO ALTO ADIGE DI DETTAGLIO DEL SETTORE EDILIZIA - 2026

Validità: 1° gennaio 2026 – 31 dicembre 2026

Indice

SEZIONE 1 - PRESTAZIONI PER ADERENTE E NUCLEO FAMILIARE DELL'ADERENTE	4
CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI	4
1. AREA RICOVERO CHIRURGICO	4
a) Trasporto sanitario.	5
b) Trapianto.	6
c) Neonati	6
d) Indennità sostitutiva con prestazioni pre- e post-ricovero	6
2. AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	9
2.1 Visite specialistiche	9
a) Area settore pubblico (ticket sanitari).	9
b) Area settore privato o libera professione intramoenia	10
2.2 Prestazioni di diagnostica strumentale (escluse prestazioni di laboratorio).	11
a) Area settore pubblico (ticket sanitari).	11
b) Area settore privato	12
2.3 Prestazioni di laboratorio e pronto soccorso	12
2.4 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	13
a) Area settore pubblico (ticket sanitari).	14
b) Area settore privato o libera professione intramoenia	14
3. AREA PREVENZIONE	15
3.1 Prevenzione base – dai 18 anni	15
3.2 Prevenzione patologie oncologiche	15
a) Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili	15
b) Prevenzione delle patologie oncologiche mammarie	16
c) Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche	16
3.3. Prevenzione area cardiovascolare	17
4. LENTI ED OCCHIALI	17
4.1 Visite oculistiche	17
4.2 Montatura e lenti	17
5. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE, AUSILI E PRESIDI	18
5.1 Protesi ortopediche ed acustiche	18
5.2 Ausili e presidi	18
6. ODONTOIATRIA	19
6.1 Area settore pubblico (ticket sanitari)	19
6.2 Area settore privato o libera professione intramoenia	19

a) Prestazioni odontoiatriche per l'igiene orale	19
b) Implantologia	20
c) Interventi chirurgici odontoiatrici	21
d) Cure odontoiatriche conservative	21
e) Protesi dentarie	22
7. ORTODONZIA	22
7.1 Area settore pubblico (ticket sanitari)	22
7.2 Area settore privato	22
8. GRAVIDANZA/MATERNITA'	23
8.1 Area settore pubblico (ticket sanitari)	23
8.2 Area settore privato o libera professione intramoenia	23
9. PAZIENTI CRONICI	24
9.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	24
a) Area settore pubblico (ticket sanitari)	24
b) Area settore privato o libera professione intramoenia	24
9.2 Dispositivi medici per patologie croniche	25
10. INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE	26
11. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE	27
SEZIONE 3 - NORME DI CARATTERE GENERALE	27
SEZIONE 4 - MODALITA' DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	28

SEZIONE 1 - PRESTAZIONI PER ADERENTE E NUCLEO FAMILIARE DELL'ADERENTE

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

- a) gli operai (e apprendisti) e impiegati delle imprese aderenti a Cassa Edile della Provincia Autonoma di Bolzano, in forza degli Accordi citati all'Art. 5.1 dello Statuto, che si considerano rappresentati da uno dei Soci del settore edile e che abbiano accettato le condizioni previste dal Fondo sia in termini di Prestazioni che di contribuzione, di cui all'Art. 6.1 lettera (ii) dello Statuto ("**Aderenti**"),
- b) il coniuge fiscalmente a carico (come risultante dallo stato di famiglia) e/o i figli fiscalmente a carico (questi ultimi conviventi e non conviventi) iscritti al Fondo dagli Aderenti ("**Aventi Diritto**" o congiuntamente "**Nucleo familiare a carico dell'Aderente**").

CONDIZIONI E TERMINI DELLE PRESTAZIONI

1. AREA RICOVERO CHIRURGICO

Per ricovero (ricovero ordinario, ricovero diurno, Day Surgery) si intende la degenza in struttura sanitaria con almeno un pernottamento, **a seguito di malattia e infortunio. Il solo accesso/intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.**

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto per gli interventi chirurgici - di cui in Allegato 1 - erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare**, nel rispetto dei seguenti limiti di spesa annui¹:

- **90.000,00 €** per prestazioni erogate all'**Aderente**
- **135.000,00 €** per prestazioni erogate al **Nucleo familiare**.

I massimali di cui sopra sono da intendersi **al netto del contributo erogato dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, in forma di assistenza indiretta, qualora percepito dall'Aderente.**

Il rimborso, in caso di intervento chirurgico di cui in Allegato 1, avviene esclusivamente per le seguenti prestazioni:

¹ Se durante il periodo di validità del presente nomenclatore viene raggiunto il limite di spesa previsto, non vi è più la possibilità di usufruire di ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che dovessero accadere nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.



Prestazioni pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 50 giorni precedenti l'inizio del ricovero (data di ammissione), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Per queste prestazioni è riconosciuto un rimborso con un sottolimito di spesa per tutta la durata della validità del presente nomenclatore per Nucleo familiare pari a 1.000,00 € condiviso con il punto Post-ricovero.
Intervento chirurgico	Eventuali onorari dei professionisti partecipanti all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Retta di degenza	Non sono comprese in copertura le spese accessorie e/o non necessarie richieste dal paziente (spese voluttuarie). • In caso di ricovero presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria: rimborso delle spese sostenute nel limite di 300,00 € al giorno. • In caso di ricovero presso strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale verrà attivata la copertura prevista al punto Indennità sostitutiva - vedi punto d). Qualora l'Aderente sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero, è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute, in aggiunta all'importo complessivo dell'indennità sostitutiva.
Accompagnatore	Rimborso della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria di ricovero o in struttura alberghiera, nel limite di 50,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero .
Assistenza infermieristica privata individuale	Rimborso per assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 60,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero .
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 50 giorni successivi alla cessazione del ricovero (data di dimissione), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico specialista all'atto delle dimissioni dalla struttura sanitaria. Per queste prestazioni è riconosciuto un rimborso con un sottolimito di spesa annuo e per Nucleo familiare di 1.000,00 € condiviso con il punto Pre-ricovero.

a) Trasporto sanitario

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile, elicottero e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **500,00 €** per ricovero.



b) Trapianto

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, vengono rimborsate le spese previste ai punti a), b) e c) con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, il piano sanitario garantisce le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di:

- accertamenti diagnostici
- assistenza medica e infermieristica
- intervento chirurgico
- cure
- medicinali
- rette di degenza

c) Neonati

Viene riconosciuto un rimborso, nel limite per tutta la durata della validità del presente nomenclatore di **10.000,00 €** per neonato, per il pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nei **primi 3 anni di vita** del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

d) Indennità sostitutiva con prestazioni pre- e post-ricovero

L'Aderente, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero (per gli interventi chirurgici come da elenco di cui in Allegato 1) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari) avrà diritto a un'indennità di **150,00 € per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero** (la prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione).

Le spese relative alle coperture di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di scoperti e franchigie ed assoggettate ad un **limite di spesa annuo per Nucleo familiare pari a 1.000,00 €**.



Allegato 1: Interventi chirurgici erogati in regime di ricovero in copertura

Patologia oncologica	Qualsiasi neoplasia maligna di organo od apparato. Il rimborso dovrà essere supportato da certificazione biptica istologica o citologica (rilasciata anche dopo l'intervento chirurgico)
Neurochirurgia	• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale • Interventi di cranioplastica • Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale • Asportazione tumori dell'orbita • Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari) • Interventi per ernia del disco a livello cervicale e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore • Interventi sul plesso brachiale
Oculistica	• Intervento di enucleazione del globo oculare • Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
Otorinolaringoiatria	• Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia) • Ricostruzione della catena ossiculare • Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Chirurgia del collo	Tiroidectomia totale
Chirurgia apparato respiratorio	• Interventi per fistole bronchiali • Interventi per echinococchi polmonare • Pneumectomia totale o parziale • Interventi per poliposi nasale
Chirurgia Cardiovascolare	• Interventi sul cuore per via toracotomica • Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica • Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica • Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale • Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso • Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi • Asportazione di tumore glomico carotideo • Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)



Chirurgia apparato Digerente	• Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 40 • Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago • Interventi con esofagoplastica • Intervento per mega-esofago • Intervento per fistola gastro-digiunocolica • Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia) • Interventi di amputazione del retto-ano • Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale • Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale • Drenaggio di ascesso epatico • Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale) • Interventi per echinococchi epatica • Resezioni epatiche • Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente • Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari • Interventi chirurgici per ipertensione portale • Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica • Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Urologia	• Surrenalectomia • Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia • Calcolosi urinaria
Ginecologia	• Isterectomia con eventuale annessectomia
Ortopedia e traumatologia	• Interventi per costola cervicale • Interventi di stabilizzazione vertebrale • Interventi di resezione di corpi vertebrali • Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni • Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei • Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio • Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
Chirurgia maxillo - facciale	Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%
Trapianti di organo	Tutti



Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso per Area Ricovero

- 1) Inserimento tramite Area Riservata in alternativa domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Relazione Intervento chirurgico
- 3) Copia della lettera di dimissione. In caso di documentazione incompleta o non esaustiva ai fini del rimborso, il fondo potrà in qualsiasi momento richiedere copia della cartella clinica o altra documentazione ritenuta necessaria per le opportune verifiche
- 4) Prescrizione medica in caso di medicinali, esami e accertamenti ed altre prestazioni e/o trattamenti post-ricovero
- 5) Fatture o ricevute o 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

2. AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2.1 Visite specialistiche

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto per le visite specialistiche erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare**, contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>).

a) Area settore pubblico (ticket sanitari)

Il rimborso delle spese viene riconosciuto per visite specialistiche conseguenti a malattia o ad infortunio, erogate da strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale viene riconosciuto.

E' compresa una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Sono escluse le visite odontoiatriche, ortodontiche e le visite erogate a pazienti cronici in relazione alla patologia cronica accertata (prestazione specifica per pazienti cronici, capitolo 10). Sono ivi escluse le visite erogate durante un accesso di Pronto Soccorso e/o in Osservazione Intensiva (OBI).

Il rimborso è pari al **100% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)**.



Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata in alternativa domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Documentazione della spesa ticket sostenuta. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla visita specialistica erogata. Il documento della spesa deve contenere l'indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

b) Area settore privato o libera professione intramoenia

Il rimborso delle spese per visite specialistiche erogate da strutture sanitarie private, liberi professionisti o in libera professione intramuraria viene riconosciuto nei casi **conseguenti a malattia o ad infortunio**, ivi compresa una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Sono escluse le visite odontoiatriche, ortodontiche e le visite erogate a pazienti cronici in relazione alla patologia cronica accertata (garanzia specifica per pazienti cronici, capitolo 10).

Il rimborso è pari al **100% della spesa sostenuta, lasciando una quota a carico dell'Aderente pari a 25,00 € per visita specialistica**, nel rispetto delle seguenti garanzie per tutta la durata della validità del presente Nomenclatore:

- **1.050,00 €** per prestazioni erogate all'**Aderente**
- **1.575,00 €** per prestazioni erogate al **Nucleo familiare**

Sono escluse le visite specialistiche

- effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia,
- effettuate all'interno di un ricovero, in quanto già garantite nell'area Ricovero chirurgico (capitolo 1)
- erogate durante un accesso di Pronto Soccorso.



Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Prescrizione del medico contenente il sospetto diagnostico o referto medico con indicazione della patologia/diagnosi
- 3) 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. Il documento della spesa deve contenere l'indicazione della visita specialistica eseguita. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla visita specialistica

2.2 Prestazioni di diagnostica strumentale (escluse prestazioni di laboratorio)

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto per le prestazioni di diagnostica strumentale erogate **all'Aderente e rispettivo Nucleo familiare**, contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>). Sono escluse le prestazioni afferenti alla branca laboratorio (vedi sezione specifica Prestazioni di laboratorio e Pronto Soccorso, capitolo 2.3.).

a) Area settore pubblico (ticket sanitari)

Per le prestazioni erogate da strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, è riconosciuto il rimborso pari al **100% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)**. Sono escluse le prestazioni erogate

- durante un accesso di Pronto Soccorso e/o in Osservazione Breve Intensiva (OBI),
- a pazienti cronici in relazione alla patologia cronica accertata (vedi sezione specifica pazienti cronici, capitolo 10).

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Documentazione della spesa ticket sostenuta con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla prestazione specialistica erogata



b) Area settore privato

Per le prestazioni erogate da strutture sanitarie private, liberi professionisti o in libera professione intramuraria, è corrisposto un rimborso pari al **100% della spesa sostenuta, lasciando una quota a carico dell'Aderente pari a 35,00 € per prestazione**, nel rispetto dei seguenti limiti annui:

- **7.000,00 €** per prestazioni erogate all'**Aderente**
- **10.500,00 €** per prestazioni erogate al **Nucleo familiare**

Sono escluse le prestazioni

- effettuate all'interno di un ricovero, in quanto già garantite nell'area Ricovero chirurgico (capitolo 1)
- erogate durante un accesso di Pronto Soccorso
- erogate a pazienti cronici in relazione alla patologia cronica accertata (vedi sezione specifica pazienti cronici, capitolo 10)

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Prescrizione medica con indicazione del sospetto diagnostico o referto medico con indicazione della patologia accertata/diagnosi
- 3) Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento occorre fornire anche il pagamento ovvero la quietanza di pagamento. Nel documento della spesa sostenuta deve essere indicata la prestazione specialistica eseguita. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla prestazione erogata

2.3 Prestazioni di laboratorio e pronto soccorso

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto per le prestazioni erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare** solo ed **esclusivamente presso strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale**.

Il rimborso, pari al **100% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)**, è riconosciuto per:

- 1) le prestazioni di laboratorio contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>)
- 2) gli accessi di Pronto Soccorso



Il rimborso avviene nel rispetto dei seguenti limiti annui:

- **500,00 €** per prestazioni erogate all'**Aderente**
- **750,00 €** per prestazioni erogate al **Nucleo familiare**

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Documentazione della spesa ticket sostenuta con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla prestazione erogata

2.4 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto per le prestazioni erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare** per trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di **infortunio e trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante. Le patologie per le quali è previsto il rimborso sono:**

- malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

Il rimborso viene riconosciuto nel rispetto delle seguenti garanzie annue:

- **350,00 €** per prestazioni erogate all'**Aderente**
- **525,00 €** per prestazioni erogate al **Nucleo familiare**

In tutti gli altri casi (**non a seguito di infortunio e per patologie diverse da quelle elencate sopra**) il rimborso delle spese sostenute viene riconosciuto per prestazioni erogate solo **all'Aderente fino ad un massimo di 500,00 €** e fino al raggiungimento del budget stabilito dal fondo per tale prestazione².

Per poter richiedere il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative è sempre richiesta la prescrizione da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata. La prestazione deve essere effettuata da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato.

In tutti i casi non sono oggetto di rimborso le seguenti prestazioni:

- linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu, agopuntura
- effettuate presso centri sportivi, palestre, centri estetici, centri benessere e medical e wellness hotel, anche se questi sono assimilati ad una clinica

2 Limitatamente a questa garanzia, il fondo prevede lo stanziamento di un budget annuo. Per la durata della validità del presente No- menclatore il budget è definito in 10.000,00 €. Il rimborso è garantito fino ad esaurimento di questo budget.



a) Area settore pubblico (ticket sanitari)

Per le prestazioni erogate da strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, è riconosciuto il rimborso pari al **100% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)** nel rispetto delle garanzie sopraindicate. Il rimborso è riconosciuto per le prestazioni contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale in vigore in Provincia Autonoma di Bolzano (<https://salute.provincia.bz.it/it/tariffario-prestazioni-specialistica-ambulatoriale>).

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Prescrizione medica con indicazione della patologia accertata rilasciata da medico di medicina generale o da medico specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
- 3) Certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio
- 4) Certificato di malattia nel caso di patologie temporaneamente invalidanti
- 5) Documentazione della spesa ticket sostenuta con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo della prestazione erogata

b) Area settore privato o libera professione intramoenia

Per le prestazioni erogate da strutture sanitarie private, liberi professionisti o in libera professione intramuraria, è riconosciuto un rimborso **pari al 100% delle spese sostenute, lasciando una quota a carico dell'Aderente pari a 25,00 € per ciclo di terapia**, nel rispetto dei limiti sopraindicati.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Prescrizione medica con indicazione della patologia accertata rilasciata da medico di medicina generale o da medico specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
- 3) Certificato di malattia nel caso di patologie temporaneamente invalidanti
- 4) Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione della prestazione eseguita e con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento della prestazione eseguita. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo della prestazione erogata



3. AREA PREVENZIONE

Il fondo garantisce **all'Aderente e a rispettivo Nucleo** familiare, l'accesso alle prestazioni indicate. Le prestazioni vengono rimborsate una sola volta all'anno e devono essere richieste in un'unica domanda di rimborso.

3.1 Prevenzione base – dai 18 anni

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Pap-test (per le donne)

3.2 Prevenzione patologie oncologiche

a) Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili

Alle donne di età **superiore ai 50 anni** viene riconosciuta una **spesa massima annua pari a 170,00 €** per le seguenti prestazioni:

- Visita specialistica ginecologica
- Pap-test
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) Prevenzione delle patologie oncologiche mammarie

Alle donne di età **superiore ai 50 anni** viene riconosciuta una **spesa massima annua pari a 170,00 €** per le seguenti prestazioni:

- Visita specialistica ginecologica o senologica
- Ecografia mammaria monolaterale/bilaterale
- Mammografia monolaterale/bilaterale
- Biopsia
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

c) Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche

Agli uomini di età **superiore ai 50 anni** viene riconosciuta una **spesa massima annua pari a 170,00 €** per le seguenti prestazioni:

- Visita specialistica urologica
- Ecografia prostatica vescicale
- Dosaggio PSA
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast



3.3. Prevenzione area cardiovascolare

Il rimborso delle spese sostenute è **all'aderente e al rispettivo nucleo familiare** per le prestazioni indicate ed erogate presso strutture private/liberi professionisti. Ai soggetti di età **superiore ai 40 anni** viene riconosciuta **una spesa massima annua pari a 210,00 €** per le seguenti prestazioni:

- Visita specialistica cardiologica
- ECG basale e da sforzo
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Fattura o ricevute o ticket delle spese sostenute con indicazione che le prestazioni sono state erogate a scopo di prevenzione e deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento della prestazione eseguita

4. LENTI ED OCCHIALI

4.1 Visite oculistiche

Per le spese sostenute per visite oculistiche valgono le garanzie rimborsuali indicate nel capitolo "2. Area specialistica ambulatoriale – Visite specialistiche".

4.2 Montatura e lenti

Per l'acquisto di lenti correttive da occhiali, lenti correttive a contatto o montatura, non riconducibile a finalità estetiche, è riconosciuto un rimborso annuo fino a un massimo di **250,00 € all'Aderente e al relativo Nucleo familiare, senza applicazione di alcuna franchigia.**³

Nel caso di rimborso per acquisto di lenti graduate correttive per occhiali e lenti a contatto correttive è necessario presentare la prescrizione del medico oculista o la certificazione dell'ottico optometrista attestante la correzione/ difetto del visus. Tra la data della prescrizione medica o della certificazione

3 Limitatamente a questa garanzia, il fondo prevede lo stanziamento di un budget annuo. Per la durata della validità del presente Nomenclatore il budget è definito in 30.000,00 €. Il rimborso è garantito fino ad esaurimento di questo budget.

dell'ottico optometrista, non ripetibili per più di una singola richiesta e quella di emissione del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Nel caso di rimborso per l'acquisto della sola montatura, la richiesta dovrà sempre essere comprovata da evidenza documentale da cui risulti l'adattamento delle lenti correttive già in uso alla nuova montatura.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Certificazione rilasciata dal medico oculista o dall'ottico optometrista che attesta la correzione/deficit visivo rilevato (come meglio descritto sopra)
- 3) Fatture o ricevute della spesa sostenuta emessa da ottico o da ottico/optometrista. Dal documento di spesa deve essere scorporato il costo delle lenti e della montatura. Deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

5. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE, AUSILI E PRESIDI

5.1 Protesi ortopediche ed acustiche

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto per tutta la durata della validità del presente Nomenclatore **all'aderente e al relativo Nucleo familiare**. È riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Sono rimborsate le spese sostenute per fattura/persona nel rispetto delle seguenti garanzie per tutta la durata della validità del presente Nomenclatore:

- fino ad un **massimo di 500,00 €** per l'Aderente,
- fino ad un **massimo di 750,00 €** per Nucleo familiare.

5.2 Ausili e presidi

Per tutta la durata del presente Nomenclatore **all'aderente e al relativo Nucleo familiare** è riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto o il noleggio dei seguenti ausili e presidi sanitari:

- apparecchi ortopedici per arto inferiore (docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori) e superiore (docce, tutori), ortesi, plantari, calzature ortopediche
- apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggi spalle, collari, minerve, contenitore addominale
- presidi per la deambulazione: carrozzina, stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta e supina o altre tipologie di deambulatori

Il rimborso delle spese viene riconosciuto per prestazioni erogati all'aderente al relativo Nucleo familiare fino ad un **massimo di 315,00 €**.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Prescrizione medica o relazione del medico specialista contenente il tipo di protesi o presidio e la patologia per la quale è necessario ricorrere alla protesi/presidio
- 3) Fatture o ricevuto delle spese sostenute con indicazione della protesi acquistata o noleggiata. Nel documento di spesa il costo dei presidi o noleggio degli stessi dovrà essere separato da altri eventuali costi aggiuntivi, i quali non vengono rimborsati (pile per il funzionamento, riparazioni). Nel documento delle spese sostenute deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sul documento della spesa occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

6. ODONTOIATRIA

6.1 Area settore pubblico (ticket sanitari)

Per le spese sostenute per le prestazioni erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare** presso strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, valgono le garanzie rimborsuali indicate nel capitolo 2. Area specialistica ambulatoriale.

6.2 Area settore privato o libera professione intramoenia

Per le spese sostenute per le prestazioni erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare presso strutture sanitarie private, liberi professionisti, studi privati o in libera professione intramuraria** valgono le seguenti garanzie:

a) Prestazioni odontoiatriche per l'igiene orale

È corrisposto un rimborso delle spese sostenute per ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante l'utilizzo di ultrasuoni o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad altro tipo di trattamento per l'igiene orale nel rispetto della seguente garanzia:

Rimborso del 100% delle spese sostenute con uno scoperto del 25% a carico dell'Aderente, 1 volta per tutta la durata della validità del presente Nomenclatore.

Qualora il medico riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro, il Fondo provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le medesime modalità per le seguenti patologie o condizioni cliniche: Parodontite, Diabete Mellito, Gengivite gravidica, Patologie sistematiche con ripercussioni orali, Portatori di impianti dentali.

Non vengono rimborsate ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi.



Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche/ortodontiche [link](#)); non è richiesta la seconda parte del modulo riportante le prestazioni odontoiatriche
- 2) Certificazione odontoiatrica della patologia/dello stato clinico, in caso di necessità di una seconda ablazione del tartaro
- 3) Fatture o ricevute della spesa sostenuta con indicazione delle prestazioni. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

b) Implantologia

È corrisposto un rimborso delle spese sostenute per la prestazione di impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) in forma di quota fissa nel rispetto dei seguenti massimali previsti per la durata del presente della validità del presente Nomenclatore:

- **650,00 € per 1 impianto** previsto nel piano di cura,
- **1.250,00 € per 2 impianti** previsti nel medesimo piano di cura,
- **2.000,00 € per 3 o più impianti** previsti nel medesimo piano di cura oppure da piani di cura diversi.

Sono comprese le seguenti prestazioni: estrazione dente (fino a un massimo 4 denti all'anno), primo intervento preoperatorio, porta impronte individuali, presa d'impronta, struttura provvisoria, secondo intervento, posizionamento della struttura, struttura definitiva, abutment, corone provvisorie applicate all'impianto portante.

Nel caso di estrazione ricompresa nel piano di cura di implantologia viene garantito un rimborso con un sottomassimale di **100,00 €** per avulsione rispetto al massimale sopra indicato e **fino ad un massimo di 4 denti all'anno**.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche/ortodontiche [link](#))
- 2) Scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica compilata e firmata dallo specialista (modulo: scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica [link](#))
- 3) Fatture o ricevute della spesa sostenuta con indicazione delle prestazioni. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento



c) Interventi chirurgici odontoiatrici

È corrisposto un **rimborso pari al 100% delle spese sostenute e fino ad un importo massimo annuo di 3.000,00 €** per Nucleo familiare per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie:

- cisti follicolari
- cisti radicolari
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- adamantinoma
- odontoma
- Rimozione di impianto dislocato nel seno mascellare.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche/ortodontiche [link](#))
- 2) Scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica compilata e firmata dallo specialista (modulo: scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica [link](#))
- 3) Fatture o ricevute della spesa sostenuta con indicazione delle prestazioni. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

d) Cure odontoiatriche conservative

Per le cure odontoiatriche conservative è corrisposto un **rimborso pari al 100% delle spese sostenute con una quota a carico dell'Aderente pari al 25% e fino ad un tetto massimo di 200,00 €** all'anno.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche/ortodontiche [link](#))
- 2) Scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica compilata e firmata dallo specialista (modulo: scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica [link](#))
- 3) Fatture o ricevute della spesa sostenuta con indicazione delle prestazioni. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento



e) Protesi dentarie

Per le protesi mobili dentarie è corrisposto un rimborso pari al **100% delle spese sostenute con una franchigia del 25% a carico dell'Aderente e per un massimale annuo pari a 500,00 €.**

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche/ortodontiche [link](#))
- 2) Scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica compilata e firmata dallo specialista (modulo: scheda anamnestica odontoiatrica/ortodontica [link](#))
- 3) Fatture o ricevute spesa sostenuta con indicazione delle prestazioni. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

7. ORTODONZIA

7.1 Area settore pubblico (ticket sanitari)

Per le spese sostenute per le prestazioni erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare** presso strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, valgono le garanzie rimborsuali indicate nel capitolo 2. Area specialistica ambulatoriale.

7.2 Area settore privato

Per le spese sostenute per le prestazioni erogate **all'Aderente e al rispettivo Nucleo familiare** presso strutture sanitarie private, liberi professionisti, studi privati è corrisposto un rimborso, **al netto dell'eventuale contributo erogato dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e con una franchigia a carico dell'Aderente pari al 25% della spesa sostenuta** nel rispetto della seguente garanzia per l'intera durata della validità del presente Nomenclatore:

- in caso di **apparecchio fisso o mobile**: rimborso fino ad una spesa massima pari **2.000,00 €** per Nucleo familiare.

Non è previsto il rimborso per Bite, apparecchi ortodontici per l'estrusione di un singolo dente e per trattamenti non inquadrabili nella classica ortodonzia eseguita per riallineare una intera arcata (o due).



Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese odontoiatriche/ortodontiche [link](#))
- 2) Relazione del dentista stato dei lavori eseguiti
- 3) Fatture, fatture di acconto o ricevute spesa sostenuta con indicazione delle prestazioni. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

8. GRAVIDANZA/MATERNITA'

Il rimborso delle spese sostenute nel periodo di gravidanza è riconosciuto **all'Aderente o al coniuge fiscalmente a carico** per le seguenti prestazioni:

- **2 (due) ecografie ginecologiche, per gravidanza**

8.1 Area settore pubblico (ticket sanitari)

Per le spese sostenute per le prestazioni erogate presso strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, valgono le garanzie rimborsuali indicate nel capitolo 2. Area specialistica ambulatoriale.

8.2 Area settore privato o libera professione intramoenia

Per le spese sostenute per le prestazioni erogate presso strutture sanitarie private, liberi professionisti, studi privati o in libera professione intramuraria è corrisposto un **rimborso nel rispetto delle seguenti garanzie:**

- **2 (due) ecografie ginecologiche per gravidanza: rimborso pari al 100% della spesa sostenuta.**

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso (sia settore pubblico che privato)

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Certificazione rilasciata dal medico specialista attestante lo stato di gravidanza
- 3) Fatture, ricevute o documentazione della spesa ticket. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Nel documento di spesa il costo di ogni prestazione deve essere indicato separatamente



9. PAZIENTI CRONICI

9.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto **all'Aderente** per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alla sua patologia cronica, con le modalità sottoindicate e per un importo massimo per tutta la durata della validità del presente Nomenclatore pari a **375,00 € per Aderente**.

a) Area settore pubblico (ticket sanitari)

Per le prestazioni erogate da strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private/liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, è riconosciuto il rimborso pari al **100% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)**.

Sono escluse le visite erogate durante un accesso di Pronto Soccorso e/o in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Certificato rilasciato da medico specialista che attesti la malattia cronica
- 3) Documentazione della spesa ticket sostenuta con indicazione dell'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento. Ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla visita specialistica erogata

b) Area settore privato o libera professione intramoenia

Per le prestazioni erogate da strutture sanitarie private, liberi professionisti o in libera professione intramuraria, è corrisposto un rimborso pari al **100% della spesa sostenuta**. Sono escluse le visite specialistiche

- effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia
- effettuate all'interno di un ricovero, in quanto già garantite nell'area Ricovero chirurgico (capitolo 1)
- erogate durante un accesso di Pronto Soccorso



Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Certificato rilasciato da medico specialista che attesti la malattia cronica oppure attestato di esenzione rilasciato dalla struttura pubblica che riporta la definizione della malattia cronica
- 3) Fatture o ricevute delle spese sostenute con indicazione della visita medica specialistica eseguita. Nel documento della spesa deve essere indicato l'avvenuto pagamento. In caso di mancata indicazione dell'avvenuto pagamento sulla fattura occorre fornire anche il pagamento ovvero quietanza di pagamento

9.2 Dispositivi medici per patologie croniche

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto **all'Aderente** per l'acquisto di dispositivo medico per eseguire in autonomia le misurazioni dei valori clinici afferenti alla sua patologia cronica nel rispetto della seguente garanzia:

- **1 dispositivo ogni 5 anni per la stessa patologia, fino ad un massimo di 100,00 € per dispositivo.**

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Certificato rilasciato da medico specialista che attesti la malattia cronica oppure o attestato di esenzione rilasciato dalla struttura pubblica che riporta la definizione della malattia cronica
- 3) Prescrizione dello specialista
- 4) 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



10. INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE

Il rimborso delle spese sostenute è riconosciuto **all'Aderente** per le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L.) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas
- Fibrosi cistica
- Ischemia arterie vertebrali

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Il rimborso, nel **limite per la durata della validità del presente Nomenclatore pari a 7.000,00 € per Aderente** fruibile nel corso dei primi tre anni del presente Nomenclatore, è garantito solamente nei seguenti casi:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del Piano sanitario.

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso

- 1) Inserimento tramite Area Riservata oppure domanda di rimborso compilata e firmata (modulo: Domanda di rimborso spese sanitarie [link](#))
- 2) Certificato di Pronto Soccorso che documenti l'infortunio sul lavoro
- 3) Certificazione invalidità permanente accertata
- 4) 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



11. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura in quanto

- non inclusa nel presente piano sanitario, oppure
- per esaurimento del massimale/budget annuo, oppure
- perché inferiore agli importi minimi non indennizzabili,

è possibile accedere a tali prestazioni erogate da una struttura sanitaria convenzionata con il Fondo e ubicata in Provincia Autonoma di Bolzano, con il pagamento da parte dell'Aderente di una tariffa più vantaggiosa rispetto al tariffario normalmente applicato dalla struttura sanitaria convenzionata.

Per fruire della prestazione a tariffe agevolate, l'Aderente dovrà esibire alla struttura sanitaria convenzionata con il Fondo, la tessera di iscrizione e/o certificato rilasciato dal Fondo unita ad un documento d'identità.

SEZIONE 3 - NORME DI CARATTERE GENERALE

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

Tutte le prestazioni del presente nomenclatore sono garantite all'Aderente. Laddove espressamente previsto, le prestazioni sono garantite anche al Nucleo familiare. Quando il massimale è indicato come operante a Nucleo familiare, il nucleo si intende composto dall'Aderente, dal relativo coniuge fiscalmente a carico (come risultante dallo stato di famiglia) e/o figli fiscalmente a carico (convidenti e non convidenti).

Al fine di garantire all'Aderente/Avente Diritto la piena accessibilità ai Centri di eccellenza disponibili in ciascuna specializzazione, i rimborsi erogati dalle singole aree/prestazioni vengono garantiti in forma indiretta non solo sul territorio provinciale, ma anche sul territorio nazionale ed all'estero, qualora i medici che erogano le prestazioni in garanzia siano iscritti ad un albo professionale dello stato di cura.

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 traduzione asseverata in lingua italiana o tedesca.

Le richieste di rimborso delle spese sanitarie per le Prestazioni indicate nella Sezione 1 del presente Nomenclatore devono rispettare la produzione della documentazione richiesta per il rimborso delle singole prestazioni. Alle richieste di rimborso devono essere allegate solo le copie delle fatture e dei documenti aggiuntivi che FONDO SANITARIO ALTO ADIGE conserva secondo le disposizioni di legge. Il Fondo non è tenuto alla restituzione di documenti presentati in originale a seguito di richiesta rimborsi.

Il Fondo si riserva comunque la facoltà di richiedere all'Aderente 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, ove non esplicitamente previsto, preavvisi di parcella o altra documentazione non identificabili come fatture, che indichino il saldo della prestazione.

La richiesta di rimborso presentata dall'Aderente a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE **deve avvenire entro e non oltre il 30 giugno dell'anno successivo**, decorso tale termine non potranno essere accettate le richieste.

Il rimborso avviene solo su spese sanitarie documentate da ricevute/fatture/ticket presentate dall'Aderente a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE emesse in favore dell'Aderente e/o suo familiare dal medico e/o dalla struttura sanitaria nel periodo **dal 01/01/2026 al 31/12/2026**.

Qualora il rimborso di una prestazione sia limitato ad un numero massimo di fruizioni all'anno, con "anno" si intende l'anno di calendario.

Nel caso in cui l'Aderente abbia già ottenuto un rimborso per la stessa prestazione da un altro soggetto (Azienda Sanitaria, altra assicurazione, ecc.), il fondo rimborserà esclusivamente l'importo residuo rimasto a carico dell'Aderente. Il richiedente è tenuto a dichiarare se le spese di cui richiede il rimborso sono coperte da altro ente/assicurazione privata e presentare una copia del documento di liquidazione rilasciato dal soggetto/ente liquidatore con indicazione dell'importo percepito.

Non sono concessi rimborsi per prestazioni inerenti alla Medicina dello Sport, Medicina estetica, al rilascio della patente, attestati di idoneità e per visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia. Sono altresì esclusi i rimborsi per infortuni dovuti a tentato suicidio o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi o in conseguenza di calamità naturali (smottamenti, inondazioni, slavine...), patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni e prestazioni di psichiatria e di psicologia erogate da strutture o professionisti privati, eccetto quelle esplicitamente indicate nel presente documento.

Nella dichiarazione dei redditi l'Aderente può detrarre le sole spese che non sono state rimborsate dal fondo e che sono rimaste a suo carico.

SEZIONE 4 – MODALITA' DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

Il nostro portale "mySANI-BAU" è un modo semplice per inoltrare le richieste di rimborso. Dal sito www.sani-fonds.it/it/edilizia è possibile effettuare la registrazione all'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 "EDILIZIA" fare clic su Login mySANI-BAU. 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.e. 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, dalla quale si può accedere alla propria nell'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 pubblicato sul sito 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 e-mail, posta oppure consegnate direttamente presso la sede del Fondo, Cassa Edile della Provincia Autonoma di Bolzano oppure presso i Soci del Fondo, utilizzando apposito modulo pubblicato sul sito www.sani-fonds.it nella sezione dedicata al Settore Edilizia, alla voce MODULI.

Come aggiornare i dati personali

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

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

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

Sotto le voci “E-mail” e “Password” possono essere gestiti l'indirizzo e-mail e la password. L'indirizzo e-mail indicato corrisponde al Suo nome utente per accedere all'Area Riservata. 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 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 “RI-



CHIESTE 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 per ogni pratica è indicato lo stato attuale di lavorazione in tempo reale.

IN ATTESA

Il rimborso delle spese può essere richiesto solo se l'adesione al Fondo da parte del richiedente è valida nel momento in cui la fattura è stata emessa. Qualora non sia pervenuto integralmente il pagamento della contribuzione, la domanda di rimborso rimane in stato IN ATTESA fino ad un massimo **di 120 giorni** dalla presentazione della stessa, dopodiché verrà automaticamente respinta. Le richieste in stato IN ATTESA possono essere riportate allo stato di BOZZA e successivamente rielaborate cliccando sul pulsante "modifica".

INVIATO O IN VALUTAZIONE

La richiesta di rimborso è pervenuta a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE ovvero è in corso di valutazione. Le richieste vengono valutate in ordine cronologico di arrivo a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE e di norma concluse entro **150 giorni**. Le richieste in stato INVIATO o IN VALUTAZIONE non possono essere più modificate.

INTEGRA DOCUMENTI

Può capitare che una richiesta di rimborso richieda l'integrazione di ulteriore documentazione. In questo caso, FONDO SANITARIO ALTO ADIGE informerà l'Aderente via e-mail e chiederà di accedere all'Area Riservata. Nel portale si trova un nuovo messaggio con tutti i dettagli sui documenti mancanti che possono essere integrati tramite upload di file per completare la richiesta. La documentazione integrativa deve pervenire a FONDO SANITARIO ALTO ADIGE entro e non oltre 60 giorni dalla richiesta di presentazione. Dopo questa scadenza, la domanda sarà automaticamente respinta, ma può essere ripresentata insieme ai documenti di rimborso completi, ma comunque entro e non oltre il 30 giugno 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'Aderente verrà informato via e-mail che il conteggio delle prestazioni è disponibile e può essere scaricato direttamente dall'Area Riservata. 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 dettaglio di FONDO SANITARIO ALTO ADIGE - Settore Edilizia non prevede il rimborso della prestazione richiesta o i massimali e i limiti indicati nel nomenclatore sono già stati esauriti.

RESPINTO

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

Riepilogo annuale delle prestazioni rimborsate da FONDO SANITARIO ALTO ADIGE

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

Approvato dall'Assemblea dei Delegati in data 20.01.2026;
modificato dall'Assemblea in data 09.06.2026.



Per tutte le prestazioni previste dal Piano

sanitario visitare anche: www.sani-fonds.it

Fondo Sanitario Alto Adige

Sede legale: Via Marie-Curie 15

Sede operativa: Via Marie-Curie 17

39100 Bolzano

Telefono 0471 19 642 40

e-mail: info@sani-fonds.it

Orari: Da lunedì a venerdì
dalle ore 9 alle ore 12
e dalle ore 14 alle ore 16

Per Informazioni

Cassa Edile della Provincia Autonoma di Bolzano

Via Marconi 2

39100 Bolzano

Telefono 0471 305 030 (solo mattina)

e-mail: sani@cassaedile.bz.it

Orari: Da lunedì a giovedì
dalle ore 8.00 alle ore 12.30
e dalle ore 14.00 alle ore 17.00
Venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 12.30

Per eventuali reclami riguardanti
la gestione dei rimborsi scrivere a:
reclamation@sani-fonds.it,
indicando nome, cognome
e codice fiscale