

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

Dati anagrafici del richiedente (titolare della polizza)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Sesso M F Codice fiscale _____

Indirizzo _____ CAP _____ Comune _____ Provincia BZ _____

Tel* _____ E-Mail _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

Si prega di compilare la parte sottostante nel caso in cui venga richiesto il rimborso per un familiare
(<http://www.sani-fonds.it/iscrizione-a-sani-fonds>)

Dati anagrafici del familiare

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Sesso M F Codifce fiscale _____

Famigliare: Coniuge Convivente more uxorio Figlio/Figlia FISCALMENTE A CARICO: SI NO

Si allegano in copia le seguenti fatture/ricevute:

Numero fattura	Emittente	Data fattura	Importo
1			
2			
3			
4			
5			

Pregasi indicare le coordinate bancarie su chi si chiede venga effettuato il rimborso

Intestatario del conto corrente:

Banca

IBAN:

Il richiedente, preso atto dello Statuto e del Regolamento di Sani-Fonds, chiede il rimborso di quanto indicato.

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

Le fatture/ticket già presentate in sede di dichiarazione dei redditi (730) non sono rimborsabili.

Data: _____

Firma _____

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

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario (Sani-Fonds), Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Dichiaro di essere stato informato che le normative relative al Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy), di cui al Regolamento UE 2016/679, sono reperibili nella Homepage del Fondo (www.sani-fonds.it).

Data compilazione: _____

Firma _____

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

Modulo prestazioni odontoiatriche

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

Di seguito viene riportato l'elenco delle prestazioni previste nel Nomenclatore di Sani-Fonds.

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

CONSERVATIVA				
PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Cavità di 5ª classe di BLACK				
Cavità di 1ª classe di BLACK				
Cavità di 2ª classe di BLACK				
Cavità di 3ª classe				
Cavità di 4ª classe				
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento				
Terapia canalare in dente monoradicolato (comprese radiografie)				
Terapia canalare in dente biradicolato (comprese radiografie)				
Terapia canalare in dente trio pluriradicolato (comprese radiografie)				
Ritrattamento canalare				
CHIRURGIA				
PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Estrazione di dente o radice				
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente				
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea				
Estrazione di dente da latte				

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Ablazione del tartaro	1 volta l'anno			
Prima visita odontoiatrica	1 volta l'anno			
Levigatura delle radici e/o curettage gengivale (per 6 denti)	1 volta l'anno			
Splintaggio per dente	1 volta l'anno			
Chirurgia regenerativa compreso osso eterologo e/o membrane - per 6 denti	1 volta l'anno			
Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di limbo e sutura) – per 6 denti	1 volta l'anno			
Chirurgia mucogengivale per uno o più denti e/o abbassamento di fornice (per arcata) sutura inclusa e anestesia	1 volta l'anno			
Lembi o innesti liberi o peducolati inclusa sutura e anestesia	1 volta l'anno			

IMPLANTOLOGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
impianto osteointegrato (qualsiasi tipo) per elemento				
Intervento di rialzo del seno mascellare				
Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante				
Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto-intervento ambulatoriale – per emiarcata				
Mini impianti compresi attacchi di precisione				

PROTESICA

Per fatture dal 01.08.2019, è previsto il rimborso per le prestazioni protesiche sia in caso di infortunio che in sua assenza ma con tariffari differenziati. Per il rimborso di prestazioni in caso di infortunio, è necessario allegare il verbale del Pronto Soccorso.

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)				
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino 4 denti, compresi ganci ed elementi)				
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica				
Protesi totale immediata (per arcata)				

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Singolo attacco di semiprecisione /precisione in Inp				
Apparecchio scheletrato (struttura Inp o Ip, comprensivo di elementi - per arcata)				
Riparazione di protesi rimovibile				
Corona protesica in L.N.P. e ceramica				
Corona protesica in LP o ceramica integrale o zirconia monolitica o stratificata				
Corona protesica provvisoria semplice in resina				
Perno - moncone e/o ricostruzione				
Riparazione della protesi				
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato				
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)				
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o LP e faccette in resina fresata (per elemento)				
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)				
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)				
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)				
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte				
Perio – overdenture per arcata esclusi i perni				
Corone telescopiche ad elemento				
DIAGNOSTICA				
PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Radiografia endorale	1 volta l'anno			
Panoramica	1 volta ogni 2 anni			
CBCT	1 volta ogni 2 anni			

Data di compilazione _____

Timbro e firma del medico odontoiatra _____