

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE**  
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO**  
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.  
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

**Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia\***

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio

Gestione Iscritti/Aderenti in Quiescenza

**DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")  
E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Numero matricola \_\_\_\_\_ Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione**

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:**

*Il medico odontoiatra dovrà sottoscrivere la/le prestazione/i eseguite per le quali viene chiesto il rimborso, compilando il prospetto allegato al presente modulo.*

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Importo					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

**Totale richiesto al netto dell'imposta di bollo (ove presente sul documento di spesa):**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**\* Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per le verifiche statutariamente previste.**

**ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA / INFORTUNIO CON RESPONSABILITA' CIVILE DI TERZI**  
(La mancata compilazione del presente riquadro comporta il respingimento della domanda)

Richiamato il Regolamento delle Prestazioni – Disposizioni Generali – comma V:

“In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di rimborso e/o anticipazione a titolo definitivo da parte di terzi - anche a seguito di infortuni causati dagli stessi - ovvero in presenza di altre analoghe coperture per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al “Fondo Sanitario” che riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato. Ove l'iscritto intenda invece richiedere in prima istanza il rimborso al “Fondo Sanitario”, esso avverrà in via definitiva e senza applicazione di quota differita, in misura pari al 50% di quanto spettante in applicazione del presente Regolamento delle Prestazioni”

il sottoscritto dichiara che le spese sostenute: (*barrare l'opzione di interesse*)

non sono coperte da altra forma assicurativa o riferibili ad infortunio con responsabilità civile di terzi;

sono coperte da altra forma assicurativa o riferibili ad infortunio con responsabilità civile di terzi e pertanto chiede in prima istanza al Fondo la liquidazione definitiva del 50% della somma spettante;  
*La spesa sostenuta, al netto di eventuale franchigia, sarà liquidata nella misura del 50% in via definitiva e senza applicazione di quota differita.*

sono coperte da altra forma assicurativa o riferibili ad infortunio con responsabilità civile di terzi e pertanto chiede in seconda istanza al Fondo la liquidazione della spesa rimasta a carico.  
*La spesa rimasta a carico sarà liquidata nella misura del 100%, qualora la stessa risulti inferiore o pari ai limiti massimi rimborsabili ai criteri vigenti e con applicazione della quota differita, ove prevista. Allegare la lettera di liquidazione dell'altra assicurazione riportante il dettaglio delle spese liquidate. In tal caso il termine di presentazione della richiesta di rimborso è prorogato, rispetto al termine ordinario, a 90 giorni dalla data della rifusione ottenuta da terzi.*

Firma del Titolare \_\_\_\_\_

In caso di **RICOVERO** compilare il seguente riquadro:

Periodo degenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  Con Intervento  Senza Intervento  Diaria Sostitutiva

Fatture riferite a  Pre-ricovero  Ricovero  Post-ricovero

**N.B.:** In caso di **RICOVERO IN STRUTTURA PRIVATA** è sempre necessario allegare la cartella clinica

N° documenti allegati in copia alla presente domande (fatture , cartelle cliniche, certificati di degenza, etc.): \_\_\_\_\_

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del Titolare: \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario della prestazione \_\_\_\_\_  
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

**Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003**

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari del Fondo Sanitario, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa, nonché alla visibilità ed alla comunicazione da parte del Fondo dei medesimi dati all'iscritto che lo ha reso beneficiario.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma per Consenso del Beneficiario della prestazione \_\_\_\_\_

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

NUM	PRESTAZIONI	NUM	PRESTAZIONI
<b>PREVENZIONE</b>		<b>CHIRURGIA</b>	
	Valutazione orale periodica		Estrazione semplice di dente o radice
	Visita di emergenza (con intervento d'urgenza)		Estr. complessa dente o radice (o in incl.ossea parz.)
	Radiografia endorale o oclusale o bite – wing		Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
	Radiografia: per ogni radiogramma in più	<b>PROTESICA</b>	
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Adulto		Corona protesica in LNP o ceramica
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Bambino		Corona protesica in LP e ceramica
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) - Bambino		Corona protesica in ceramica integrale
	Applicazione topica di fluoro ( esclusa profilassi) – Adulto		Corona protesica provvisoria semplice in resina
<b>VISITE</b>			Perno monc./ric. con perno (fuso/prefabb./fibra carb.)
	Visita orale, visita specialistica		Protesi totale in resina superiore
	Igiene orale		Protesi totale in resina inferiore
<b>RADIOLOGIA</b>			Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem. – incl. ganci)
	Rx antero – post – o lat. cranio e delle ossa facciali		Protesi parziali in resina inferiori (fino 3 elem. – incl. ganci)
	Ortopantomografia dentale (OPT)		Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. sup.
<b>CONSERVATIVA</b>			Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. inf..
	Sigillatura (per ogni dente)		Gancio su scheletrato
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)		Riparazione protesi
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		Aggiunz. elemen su protesi parziale o elem. su scheletrato
<b>PARADONTOLOGIA</b>			Ribasatura definitiva protesi totale sup. tecnica indiretta
	Scaling e levigatura radici (fino a 6 denti)		Ribasatura definitiva protesi totale inf.. tecnica indiretta
	Legature dentali extra coronali (4 denti)		Ribasatura definitiva protesi totale sup. tecnica diretta
	Gengivectomia (per 4 denti)		Ribasatura definitiva protesi totale inf. tecnica diretta
	Gengivectomia per dente		Attacco di precisione in LNP
	Lembo gengivale semplice per 4 denti	<b>ORTOGNATODONZIA</b>	
	Lembo muco/geng. ripos. apic./couret. cielo aperto (4 denti)		Studio del caso
	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)		Terapie ort. Appar. fisse per arcata per anno (adolescenti)
<b>ENDODONZIA</b>			Terapie ort. Appar. fisse per arcata per anno (adulti)
	Amputaz. coron. polpa ed otturazione del cavo pulpare (decidui)		Terapie ort. Appar. mobili o funz. per arcata per anno
	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. diagnostica)		Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Terapia end. 2 canali radicolari (incluso rad. diagnostica)		Bite notturno
	Terapia end. 3 canali radicolari (incluso rad. diagnostica)	<b>IMPLANTOLOGIA</b>	
			Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)
<b>ALTRO:</b>			

- OPZIONE RISERVATA AGLI ISCRITTI ALLA GESTIONE SERVIZIO**  
**Richiedo** la facoltà di fruire del massimale di € 4.500 accorpando il plafond dell'anno in corso (al netto di eventuali rimborsi già fruiti) e dei due anni seguenti. Le prestazioni fruitte sono riferite ad un piano di cura di cui allego **unica fattura** di importo pari o superiore a € 6.500.

#### Schema numerico dentale

ARCATA DX SUPERIORE I QUADRANTE								ARCATA SX SUPERIORE II QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ARCATA DX INFERIORE IV QUADRANTE								ARCATA SX INFERIORE III QUADRANTE							

#### Elenco delle prestazioni

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	Note

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

Firma e timbro dell'odontoiatra \_\_\_\_\_