

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 – Reg. UE n. 2016/679 (GDPR)

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa già resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), nonché alla visibilità e alla comunicazione da parte del Fondo dei medesimi dati all'iscritto che mi ha reso beneficiario, consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni,

- confermo il consenso dato al momento dell'iscrizione al Fondo
 non confermo il consenso al momento dell'iscrizione al Fondo
(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

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
PREVENZIONE		CHIRURGIA	
	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	PROTESICA	
	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
VISITE			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
RADIOLOGIA			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.
CONSERVATIVA			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
PARADONTOLOGIA			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	ORTOGNATODONZIA	
	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)
ENDODONZIA			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)	IMPLANTOLOGIA	
			Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)
ALTRO:			

- 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 fruitive 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 _____