

GUIDA ALLA PRESENTAZIONE DELLA "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE" (per le cure odontoiatriche utilizzare apposito modulo: "Domanda di rimborso spese cure odontoiatriche")

DISPOSIZIONI GENERALI

Nel fare ogni più ampio rimando ai Regolamenti delle Prestazioni si rammenta quanto di seguito indicato.

Il Fondo Sanitario rimborsa gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come **malattia** o come **infortunio**.

Il Fondo Sanitario ha facoltà di far compiere accertamenti, anche di natura medica, al fine di verificare la fondatezza e la regolarità delle richieste di prestazioni, nel rispetto del diritto alla riservatezza di ciascun iscritto.

Le prestazioni sono liquidate, al netto dell'imposta di bollo, dietro presentazione dei **documenti di spesa in fotocopia**, qualora la domanda di rimborso venga inoltrata per posta all'indirizzo riportato nel relativo modulo, ovvero a fronte dell'inoltro del **documento di spesa scansionato qualora la domanda di rimborso venga presentata tramite procedura on line**. La documentazione in originale può essere richiesta, a discrezione del Fondo Sanitario nei 5 anni successivi a quello di competenza per le verifiche statutariamente previste.

Si rileva che, fermo restando quanto sopra riportato, **è posto a carico dell'iscritto l'onere di documentare in ogni domanda di rimborso** la presenza di eventuali **stati patologici** (di cui all'elenco "Grandi Eventi Patologici" pubblicato in coda ai Regolamenti delle Prestazioni) **direttamente correlati con le prestazioni effettuate**, al fine di beneficiare delle agevolazioni liquidative nei casi previsti dai Regolamenti (es. abolizione quota differita).

In presenza di altre analoghe coperture o di **infortunio con responsabilità civile di terzi**, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione al Fondo Sanitario che riconosce le prestazioni secondo le seguenti modalità:

in prima istanza il Fondo liquida, in via definitiva e senza applicazione di quota differita, il 50% della somma spettante in base ai criteri vigenti;

in seconda istanza il Fondo rimborsa il 100% della spesa rimasta a carico dell'iscritto, qualora la stessa risulti inferiore o pari ai limiti massimi rimborsabili ai criteri vigenti e con applicazione della quota differita, ove prevista. In tal caso il termine di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogato, rispetto al termine ordinario (31 marzo dell'anno successivo a quello di emissione del documento di spesa), a 90 giorni dalla data del rimborso ottenuto da terzi.

Ove i rimborsi riguardino prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro è applicato il cambio ufficiale alla data di liquidazione della prestazione. La documentazione deve essere corredata da traduzione in lingua italiana.

TERMINI DI PRESENTAZIONE

Nel fare ogni più ampio rimando ai Regolamenti delle Prestazioni si rammenta che i documenti di spesa devono essere presentati al rimborso con le modalità sopra descritte entro il termine ultimo del 31 marzo dell'anno successivo e sono liquidate secondo le seguenti modalità:

- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati entro il termine del 31 dicembre del medesimo anno sono liquidati a valere sul computo dei massimali dell'anno di competenza con applicazione della normativa in allora vigente;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati successivamente al predetto termine del 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo sono liquidati per la quota di disponibilità residuale a concorrenza dei massimali dell'anno di competenza;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza respinti in quanto irregolari sono ammessi alla liquidazione ad avvenuto perfezionamento se pervenuti entro il termine ultimo del 30 giugno dell'anno successivo e con le medesime modalità previste dagli alinea precedenti.

La documentazione prodotta oltre i termini fissati dal comma precedente non comporta rimborsi.

NOTA BENE:

- occorre sempre allegare la **"scheda di dettaglio delle prestazioni eseguite"** debitamente compilata e sottoscritta dal Medico Dentista / Odontoiatra
- solo in caso di spese relative ad **"ablazione tartaro e visita di controllo"** per le quali il Regolamento delle prestazioni per gli iscritti in servizio prevede il rimborso nel limite complessivo di € 75,00, per persona una volta all'anno, non considerate ai fini dell'esaurimento del massimale delle cure dentarie, deve essere riportato, separatamente, il costo delle prestazioni.

* * * *

| | |
|---------------------------------------|--|
| EFFETTUATE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE | <ul style="list-style-type: none">• giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.);• scheda dettaglio delle prestazioni sottoscritta dal medico/odontoiatra. |
| EFFETTUATE PRIVATAMENTE | <ul style="list-style-type: none">• giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute)• scheda dettaglio delle prestazioni sottoscritta dal medico/odontoiatra. |

* Accertarsi che il documento riporti la dicitura "TICKET" o "CONTRIBUTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" o similari ed allegare sempre, qualora i dati (da intendersi prestampati e non inseriti a mano) di chi ha effettuato la prestazione non siano già presenti all'interno della ricevuta di pagamento, la richiesta di pagamento riportante i dati del beneficiario delle prestazioni, rilasciata dall' Ente emittente.