

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 InSalute Servizi
Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino

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 sé 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, 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.
- 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. Allegare la lettera di liquidazione dell'altra assicurazione riportante il dettaglio delle spese liquidate. In tal caso il termine di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogato, rispetto ai termini ordinari, 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 domanda (fatture, cartelle cliniche, lettere di dimissione, etc.): _____

Data compilazione: _____ Firma del Titolare _____

Firma del familiare 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) – del familiare beneficiario della prestazione

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

non confermo il consenso

(N.B. barrare l'opzione di interesse)

Data compilazione: _____

Nome e Cognome del familiare beneficiario della prestazione _____

Firma per consenso del familiare beneficiario della prestazione _____

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

Descrizione della Prestazione	Qta	Importo
SEZIONE GENERALE		
1^ visita orale;		
- 1^ visita orale; - ablazione del tartaro sopragengivale; - Istruzione e motivazione all'igiene orale - predisposizione scheda anamnestica ed eventuale piano di cura.		
- 1^ visita orale; - ablazione del tartaro; - Istruzione e motivazione all'igiene orale; - ortopantomografia o status radiografico completo; - fotografie del cavo orale; - predisposizione scheda anamnestica e del piano di cura (eventualmente rivalutabile in progress).		
Visita odontoiatrica periodica o di controllo		
Visita odontoiatrica con intervento d'urgenza		
Visita con ausilio di apparecchiature diagnostiche laser (Diagnodent, Diagnocam) e predisposizione scheda anamnestica e di un piano di cura		
Visita con autofluorescenza per individuazione lesioni cancerose del cavo orale		
Ablazione del tartaro sopragengivale oltre la prima		
Scaling e root planing, per emiarcata		
PARODONTOLOGIA		
Splintaggio interdentale per problematiche parodontali o post ortodonzia (dispositivi su misura o prefabbricati)		
Intervento di rigenerazione ossea guidata per emiarcata (compreso osso eterologo e membrana)		
CHIRURGIA		
Allungamento di corona clinica		
Apicectomia compresa cura canalare e/o otturazione retrograda		
Disinclusione denti ritenuti (per elemento, qualsiasi tecnica)		
Estrazione semplice di dente o radice		
Estrazione complicata di dente o radice (compresa pulizia alveolo, applicazione di fibrina, sutura e rimozione punti)		
Intervento di rigenerazione ossea guidata post estrattiva su singolo elemento (compreso osso eterologo e membrana)		
Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale (compreso lembo mucogengivale, osteotomia, odontotomia, sutura)		
Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale (compreso lembo mucogengivale, osteotomia, odontotomia, sutura)		
Intervento di chirurgia gengivale a cielo aperto con scaling e levigatura radicolare per emiarcata		
Incisione ascesso (comprese medicazioni)		
Frenulectomia tecto-labiale (anche con metodica laser)		
Frenulectomia linguale (anche con metodica laser)		
Frenulotomia (anche con metodica laser)		
Approfondimento del fornice (riposizionamento del fornice vestibolare pre protesico, per arcata)		
Chirurgia preprotetica (rimozione di fibromatosi, ipertrofie mucose, riduzione di esostosi, rimodellamento osseo post estrazione, anche con metodiche laser assistite), preprotetica per quadrante		
Asportazione di neoformazioni orali (fibromi, cisti mucose, piccole neoplasie benigne o maligne, mucoceli; eventuale esame biptico a parte)		
Esame biptico post asportazione lesioni orali		
Gengivectomia su singolo elemento (indipendentemente dalla patologia)		
Gengivectomia / Gengivoplastica su più elementi (per emiarcata indipendentemente dalla patologia)		
Trattamento laser di angiomi del labbro o della guancia (anche in più sedute)		
Asportazione di epulide		
Rizectomia o Rizotomia in unico intervento		
Scappucciamento di elemento dentale (qualsiasi tecnica)		
CONSERVATIVA		
Intarsio qualsiasi tipologia in composito		
Intarsio qualsiasi tipologia in ceramica		
Otturazione 1^ o 5^ classe di Black		
Otturazione 2^ classe di Black		
Otturazione 3^ classe di Black		
Otturazione 4^ classe di Black		
Incappucciamento della polpa		
Ricostruzione del dente con perni endocanalari (qualsiasi tipo di tecnica e materiali)		
Ricostruzione in composito		

PEDODONZIA

Otturazione di dente deciduo		
Estrazione di dente deciduo		
Pulpotomia con incappucciamento della polpa canalare di dente deciduo		
Sigillatura dei solchi (ad elemento)		
Fluoroprofilassi		
Istruzione all'igiene orale (bambino e genitore) con gadget		
Istruzione all'igiene orale (ragazzi dai 12 ai 16 anni)		

ENDODONZIA

Tattamento endodontico di dente monocanalare (compresa ricostruzione pre trattamento, chiusura canalare qualsiasi tecnica, radiografie endorali)		
Tattamento endodontico di dente bicanalare (compresa ricostruzione pre trattamento; chiusura canalare qualsiasi tecnica, radiografie endorali)		
Tattamento endodontico di dente tri o pluri canalare (compresa ricostruzione pre trattamento; chiusura canalare qualsiasi tecnica, radiografie endorali)		
Ritattamento endodontico di dente (compresa ricostruzione pre trattamento; chiusura canalare qualsiasi tecnica, radiografie endorali) PER CANALE		
Rimozione di perno intracanalare pre ritattamento endodontico		

IMPLANTOLOGIA

Impianto osteointegrato (qualsiasi tipo, comprensivo di dima chirurgica, successivo moncone protesico)		
Mini impianto (di diametro ridotto, posizionamento definitivo, transmucoso, compresi attacchi di precisione)		
Grande rialzo del pavimento del seno mascellare per emiarcata (compreso innesto di osso eterologo, membrana;)		
Minirialzo del seno mascellare a fini implantari (contestuale all'inserimento dell'impianto, impianto escluso)		
Prelievo di osso autologo a fini implantari o parodontali		

PROTESI FISSE

Corona in lega e ceramica (L.P o L.N.P)		
Corona in ceramica metalfree		
Corona provvisoria in resina diretta o indiretta		
Corona provvisoria armata con chiusura metallica		
Rimozione corona per singolo dente pilastro		
Maryland Bridge in metallo resina o metallo ceramica (per un elemento)		
Protesi avvitata su impianti, per arcata tipo Toronto bridge, All on 4, All on 6; esclusi impianti		
Ricostruzione definitiva di dente trattato endodonticamente con perno moncone fuso o prefabbricato (qualsiasi tipo)		

PROTESI MOBILE

Protesi mobile provvisoria parziale con ganci (per arcata, compreso ganci)		
Apparecchio scheletrato con struttura metallica (qualsiasi tipo) ed elementi in resina o ceramica Fino a 5 elementi		
Protesi mobile totale provvisoria per arcata		
Protesi mobile definitiva totale per arcata		
Apparecchio scheletrato con struttura metallica (qualsiasi tipo) ed elementi in resina o ceramica Sopra i 6 elementi		
Gancio singolo su scheletrato		
Attacco di precisione su scheletrato (2 componenti)		
Ribasatura diretta di protesi mobile totale o parziale		
Ribasatura indiretta di protesi mobile totale o parziale		
Riparazione di protesi mobili		

GNATOLOGIA

Molaggio selettivo (anche in più sedute) ad elemento		
Visita posturale (completa di test di base e valutazione gnatologica)		
Presa delle impronte e modelli di studio		
Deprogrammazione posturale (trattamento di lunga durata, comprendente visite di controllo, elettromiografia iniziale intermedia e finale, modelli di studio, bite diagnostico, bite gnatologico riabilitativo)		
Esame posturale con pedana stabilometrica		
Riprogrammazione posturale con Taopatch (anche in funzione ATM)		
Esame elettromiografico		
Esame kinesiografico		
Pre bite Pelosi		
Bite notturno (Night guard)		
Bite diagnostico		
Bite gnatologico riabilitativo (compreso controlli)		
Bite di rialzo incisale		
Mascherina di rialzo occlusale (tipo SnapOn) compresi controlli annuali		

ORTODONZIA

Trattamento ortodontico "All Inclusive" con apparecchiatura fissa o mobile per arcata e per anno. Comprensiva di controlli, modifiche e eventuale apparecchio di contenzione finale.		
Trattamento ortodontico "All Inclusive" con allineatori trasparenti per arcata e per anno. Comprensiva di controlli, modifiche e eventuale apparecchio di contenzione finale.		
Terapia intercettiva pre ortodontica una tantum		

RADIOLOGIA

Radiografia o bite wings fino a due elementi		
Ortopantomografia delle due arcate		
Teleradiografia del cranio		
Dentalscan o tomografia volumetrica a fascio conico (una arcata)		
Dentalscan o tomografia volumetrica a fascio conico (due arcate)		

PLAFOND TRIENNALE UNA TANTUM

- Iscritti alla gestione servizio:** Richiedo la facoltà di fruire del massimale di € 5.250 accorpando il plafond dell'anno in corso (al netto di eventuali rimborsi già fruiti) e dei due anni seguenti. Le prestazioni sono riferite ad un piano di cura d'importo pari o superiore ad € 7.500 (al netto di eventuale ablazione del tartaro o igiene orale).
- Iscritti alla gestione quiescenti:** Richiedo la facoltà di fruire del massimale di € 2.250 accorpando il plafond dell'anno in corso (al netto di eventuali rimborsi già fruiti) e dei due anni seguenti. Le prestazioni sono riferite ad un piano di cura d'importo pari o superiore ad € 3.300.

N.B. Per chiedere il plafond triennale barrare il riquadro e presentare la fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi. La spesa può essere suddivisa in un massimo di 4 fatture.

Elenco delle prestazioni

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	Importo

Data compilazione _____

Firma e timbro dell'odontoiatra _____