

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

### DISPOSIZIONI GENERALI

Nel fare ogni più ampio rimando al Regolamento 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**. **Non sono pertanto rimborsabili spese per** prestazioni eseguite esclusivamente per **"controllo"** non correlato a dichiarato stato patologico accertato o presunto.

Il Fondo Sanitario rimborsa altresì gli oneri economici sostenuti dagli iscritti anche connessi a spese mediche mirate alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale. In tali casi si raccomanda di allegare specifica certificazione medica attestante che le prestazioni sono relative alla prevenzione delle patologie sopraindicate.

**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.

Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma per **singola pratica** riferita ad unico nominativo, **almeno l'importo di € 100,00** ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

Per prestazioni effettuate da **medico specialista** o da **professionista iscritto ad albo professionale** è sufficiente la certificazione della prestazione effettuata da parte dello stesso. Per prestazioni effettuate da un professionista non medico o non iscritto al albo professionale è necessaria la prescrizione medica; qualora la prestazione sia effettuata da **medico generico** e non possa quindi essere ricompresa tra le *"visite specialistiche"*, ai fini del rimborso, deve essere corredata anche dall'indicazione della patologia sospetta o presunta. In caso di **esami ed accertamenti** di alta ed ordinaria diagnostica, effettuati in forma privatistica, è **sempre necessaria la prescrizione medica**.

Si rileva che, fermo restando quanto sopra riportato, è **posto a carico dell'iscritto l'onere di documentare** la presenza di eventuali **stati patologici** (quali, "GRANDI EVENTI PATOLOGICI" di cui all'elenco tassativo pubblicato in coda al Regolamento delle Prestazioni, dialisi, diabete, ecc.) **che prevedono agevolazioni liquidative** (es: abolizione franchigie e/o raddoppio massimali).

**In presenza di altre analoghe coperture**, per la spesa sostenuta, 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**. L'entità del rimborso da parte del Fondo potrà coprire il 100% della spesa rimasta a carico dell'iscritto qualora la stessa risulti inferiore o pari ai limiti massimi rimborsabili ai criteri vigenti. In tal caso i termini di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogata, rispetto ai termini ordinari, a 90 giorni dalla data del rimborso ottenuto da terzi. **E' facoltà dell'iscritto** presentare al Fondo Sanitario **in prima istanza specifica domanda di rimborso accettando la liquidazione definitiva del 50%** della somma spettante.

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.

**Si evidenzia inoltre che** Il Fondo Sanitario non attiva la forma diretta qualora il costo della prestazione sia inferiore alla "quota fissa" o "franchigia fissa" garantendo comunque l'applicazione delle tariffe di convenzione presso le strutture /professionisti convenzionati con Previmedical. In caso di attivazione della forma diretta, l'iscritto ha comunque la facoltà di non avvalersene pagando integralmente la prestazione alla struttura. La rinuncia al pagamento in forma diretta deve essere comunicata tempestivamente a Previmedical.

### TERMINI DI PRESENTAZIONE

Nel fare ogni più ampio rimando al Regolamento delle Prestazioni si rammenta che i documenti di spesa dell'anno di competenza devono essere presentati al rimborso 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.

\* \* \* \* \*

**Si riporta di seguito il dettaglio della documentazione da allegare per le diverse tipologie di spese rimborsabili:**

## PRESTAZIONI OSPEDALIERE – ULTERIORI PREVISIONI – INDENNITA' DI DIARIA

### RICOVERI

la documentazione dell'intero evento (**pre-ricovero-post**), per agevolare la liquidazione, **va raggruppata in un'unica domanda di rimborso.**

IN STRUTTURA PUBBLICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>scheda di dimissione da cui risulti il periodo di degenza con evidenza di eventuali permessi di uscita fruiti e dettaglio delle prestazioni eseguite. Resta salva la facoltà del Fondo di richiedere la cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria) anche in un momento successivo;</li> <li>giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza, nei 120 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi.</li> </ul>
IN STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME PRIVATISTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>eventuali giustificativi di spese connesse al ricovero sostenute durante la degenza (costo equipe medica non convenzionata, assistenza infermieristica (*) / assistenziale, ecc...);</li> <li>giustificativi di spese sanitarie sostenute nei 90 giorni precedenti/successivi al ricovero.</li> </ul>
IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME PRIVATISTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria);</li> <li>giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza e nei 90 giorni precedenti/successivi.</li> </ul>
INTERVENTO AMBULATORIALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>relazione medica dell'intervento con la specifica di ogni prestazione effettuata;</li> <li>giustificativi di spese sanitarie connesse all'intervento sostenute nei 90 giorni precedenti (120 giorni se effettuato in struttura pubblica) e 90 giorni successivi.</li> </ul>
ACCOMPAGNATORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>i giustificativi di spesa relativi al vitto e pernottamento devono essere intestate ad un accompagnatore dell'assistito e devono riportare il dettaglio delle prestazioni fruiti. Tali spese verranno rimborsate esclusivamente ove non sussista la disponibilità ospedaliera.</li> </ul>
TRASPORTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>i giustificativi di spesa per le spese di trasporto dell'assistito con autoambulanza, eliambulanza ed unicamente per i Grandi Interventi Chirurgici l'aereo, traghetto e treno. I giustificativi di spesa devono essere in capo allo stesso.</li> </ul>

### PARTO

IN STRUTTURA PUBBLICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>scheda di dimissioni;</li> <li>eventuali giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza.</li> </ul>
IN STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME PRIVATISTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>eventuali giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza (es: costo equipe medica non convenzionata).</li> </ul>
IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME PRIVATISTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>cartella clinica (copia autenticata dalla struttura sanitaria);</li> <li>giustificativi di spese sanitarie connesse al ricovero sostenute durante la degenza.</li> </ul>

#### (\*) ASSISTENZA INFERMIERISTICA /ASSISTENZIALE

Figure professionali riconosciute dal Fondo Sanitario al fine del rimborso delle spese per l'assistenza infermieristica sono:

- soggetti provvisti di diploma universitario (o titolo equiparato legalmente riconosciuto) abilitante all'esercizio della professione infermieristica e all'iscrizione all'Albo professionale;
- soggetti provvisti di idoneo riconoscimento (es: operatore socio assistenziale) che prestino la propria opera in modo professionale.

## PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### GRAVIDANZA

(visite, esami ed accertamenti diagnostici)

EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.).</li> </ul>
EFFETTUATI PRIVATAMENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie connesse alla gravidanza e sostenute:               <ul style="list-style-type: none"> <li>nel corso della gravidanza;</li> <li>nei 90 giorni successivi al termine del ricovero per parto;</li> </ul> </li> <li>certificato del medico che attesti lo stato di gravidanza, in alternativa, tale attestazione potrà essere riportata sul singolo documento di spesa.</li> </ul>

### VISITE SPECIALISTICHE, TERAPIE, CURE DENTARIE DA INFORTUNIO COMPROVATO DA CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO

EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.).</li> </ul>
EFFETTUATI PRIVATAMENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie con dettaglio delle prestazioni eseguite;</li> <li>prescrizione medica quando la prestazione è eseguita da professionista NON medico o NON iscritto all'albo professionale di riferimento;</li> <li>se la prestazione è effettuata da medico generico (senza specializzazione) deve essere corredata dall'indicazione della patologia sospetta o presunta.</li> </ul>

### NOTA BENE

**Le figure professionali riconosciute dal Fondo Sanitario Integrativo al fine del rimborso delle spese per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono:**

*Fisioterapista; Terapista della riabilitazione; Podologo; Logopedista; Ortottista; Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva; Terapia Riabilitazione Psichiatrica; Terapista Occupazionale; Chinesiologo; Osteopata; Chiropratico; Massofisioterapista.*

Qualora il **professionista sia iscritto ad albo professionale** deve essere riportato l'albo professionale e il relativo numero d'iscrizione; **solo in questo caso non è necessaria la prescrizione medica** ➔

### ESAMI ED ACCERTAMENTI DI ALTA ED ORDINARIA DIAGNOSTICA

EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.).</li> </ul>
EFFETTUATI PRIVATAMENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie con dettaglio delle prestazioni eseguite;</li> <li>prescrizione medica.</li> </ul>

MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	<ul style="list-style-type: none"> <li>fattura/ricevuta fiscale dell'ottico con l'attestazione del grado di correzione delle lenti fornite che deve corrispondere a quanto prescritto dal medico oculista (l'attestazione può essere anche separata a mezzo attestazione dell'optometrista/ottico).</li> <li>Qualora la prescrizione dell'oculista non corrisponda al grado di correzione delle lenti a contatto l'optometrista/ottico deve rilasciare certificazione attestante come la gradazione delle stesse sia equiparata a quella delle lenti per occhiali</li> <li>prescrizione del medico oculista effettuata nel corso del quinquennio precedente.</li> </ul>
-----------------------------	---

<b>PROTESI E APPARECCHI AUSILIARI RESI NECESSARI DA PERDITE O MENOMAZIONI ANATOMICHE INVALIDANTI CERTIFICATE DA ENTE PUBBLICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie riportanti la specifica della protesi/ausilio (fatture, ricevute, ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>prescrizione medica accompagnata da documentazione rilasciata da ente pubblico attestante l'invalidità.</li> </ul>

<b>PROTESI, COMPRESSE QUELLE AUDITIVE E APPARECCHI AUSILIARI RESI NECESSARI DA PERDITE O MENOMAZIONI ANATOMICHE INVALIDANTI <u>NON</u> CERTIFICATE DA ENTE PUBBLICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie riportanti la specifica della protesi/ausilio (fatture, ricevute, ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.);</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>prescrizione medica.</li> </ul>

<b>LATTE ARTIFICIALE PER NEONATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spesa con il dettaglio (fatture, ricevute, scontrino fiscale), che riportino il codice fiscale del neonato. In assenza dei dati identificativi del neonato, alla richiesta di rimborso va allegato il modulo "autocertificazione per rimborso spese latte artificiale") reperibile nella sezione "Moduli" del sito.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>prescrizione medica.</li> </ul>

<b>MEDICINALI REPERIBILI SOLO ALL'ESTERO E/O NON EROGATI O PARZIALMENTE EROGATI IN REGIME DI CONVENZIONE CON IL S.S.N. PRESCRITTI DA PARTE DELL'ENTE OSPEDALIERO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spesa con il dettaglio di quanto acquistato;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>prescrizione da parte di ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia. Sono accolte le prescrizioni del medico di base purché sia allegata copia originale dell'Ente Ospedaliero.</li> </ul>

<b>ASSISTENZA PER INTOSSICAZIONI CONSEGUENTI AD ABUSO DI ALCOLICI O AD USO DI ALLUCINOGENI NONCHE' AD USO NON TERAPEUTICO DI FARMACI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spesa;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>prescrizione medica / piano terapeutico.</li> </ul>

#### **VISITE RELATIVE A TRATTAMENTI PSICOTERAPEUTICI E PSICOANALITICI:**

<b>EFFETTUATE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.);</li> </ul>
<b>EFFETTUATE PRIVATAMENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute) con l'indicazione del numero di iscrizione all'albo dello psicologo e del numero delle visite/sedute effettuate.</li> </ul>

\* 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.

## GUIDA ALLA PRESENTAZIONE DELLA "DOMANDA DI RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE"

Nel fare ogni più ampio rimando al Regolamento 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 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.

Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma per **singola pratica riferita ad unico nominativo, almeno l'importo di € 100,00** ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

Si rileva che, fermo restando quanto sopra riportato, è **posto a carico dell'iscritto l'onere di documentare** la presenza di eventuali stati patologici (quali, "**GRANDI EVENTI PATOLOGICI** di cui all'elenco tassativo pubblicato in coda al Regolamento delle Prestazioni) **che prevedono agevolazioni liquidative** (es: abolizione della quota differita)

In presenza di **altre analoghe coperture**, per la spesa sostenuta, 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**. L'entità del rimborso da parte del Fondo **potrà coprire il 100% della spesa rimasta a carico** dell'iscritto qualora la stessa risulti inferiore o pari ai limiti massimi rimborsabili ai criteri vigenti.

In tal caso i termini di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogata, rispetto ai termini ordinari, a 90 giorni dalla data del rimborso ottenuto da terzi. **E' facoltà dell'iscritto** presentare al Fondo Sanitario **in prima istanza specifica domanda** di rimborso **accettando la liquidazione definitiva del 50%** della somma spettante.

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 al Regolamento delle Prestazioni si rammenta che i documenti di spesa dell'anno di competenza devono essere presentati al rimborso 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**" debitamente compilata e sottoscritta dal Medico Dentista / Odontoiatra
- solo in caso di spese relative a "**visita di controllo**" e/o "**ablazione tartaro**" per le quali il Regolamento delle prestazioni 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"> <li>• giustificativi di spese sanitarie (ticket* o fatture U.s.l./A.s.l.);</li> </ul>
EFFETTUATE PRIVATAMENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• giustificativi di spese sanitarie (fatture, ricevute);</li> <li>• scheda dettaglio delle prestazioni sottoscritta dal medico/odontoiatra.</li> </ul>

\* **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.**