

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 Gioberti 33 - 31021 Mogliano Veneto (TV)

Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

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 dettaglio allegato al presente modulo.

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

	N° Fattura-Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura-Ricevuta	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)**	Importo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Totale richiesto al netto dell'imposta di bollo (€ 1,81 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.**

** 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". Il Fondo riconosce le prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato dall'ulteriore copertura e 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 sensi del Regolamento.

In tal caso il termine di presentazione per la relativa richiesta di rimborso è prorogato a 90 giorni dalla data del rimborso ottenuto da terzi.

In alternativa, è facoltà dell'iscritto presentare in prima istanza specifica domanda di rimborso al Fondo Sanitario accettando la liquidazione definitiva del 50% della somma spettante.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analogha richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO EVENTO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

***SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

N° altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

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

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

verbale dell'autorità giudiziaria

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 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.

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)

N.B.: Per ottenere i rimborsi relativi a cure dentistiche, è necessario compilare la scheda che segue.

NUM	PRESTAZIONI	NUM	PRESTAZIONI
PREVENZIONE		CHIRURGIA	
	Valutazione orale periodica		Estrazione semplice di dente o radice
	Visite 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 monoc./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 inferiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Ortopantomografia dentale (OTP)		Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem. – arc. Sup.
CONSERVATIVA			Scheletrato lega stellitica 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. Elem su protesi parziale o elem. Su scheletr.
PARADONTOLOGIA			Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica indiretta
	Scalling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)		Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica indiretta
	Legature dentali extra coronali (4 denti)		Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica diretta
	Gengivectomia (per 4 denti)		Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica diretta
	Gengivectomia per dente		Attacco di precisione in LNP
	Lembo gengivale semplice per 4 denti	ORTOGNATODONZIA	
	Lembo muco/geng. Riposiz. Apic./courret. Cielo aperto (4 denti)		Studio del caso
	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)		Terapia ort. Appar. Fisse per arc/anno (adolescenti)
ENDODONZIA			Terapia ort. Appar. Fisse per arc per anno (adulti)
	Amputaz. Coron. Polpa ed otturaz. del cavo pulpare (decidui)		Terapia ort. Appar. Mobili o funz. per arc per anno
	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)		Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)		Bite notturno
	Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)	IMPLANTOLOGIA	
ALTRO:			Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)

Schema numerico dentale

ARCATA DX SUPERIORE I QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
ARCATA DX INFERIORE IV QUADRANTE							

ARCATA SX SUPERIORE II QUADRANTE							
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
ARCATA SX INFERIORE III QUADRANTE							

Elenco delle Prestazioni

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data compilazione _____

Firma e Timbro dell'Odontoiatra _____