



## RICHIESTA RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

### Modulo R/2017/01

Cure fisiche, Spec. Ambulatoriale,  
Odontoiatria, Lenti, Altre prestazioni

**Nota Bene:** si raccomanda – ai fini della presa in carico della pratica da parte degli Uffici del Fondo – di apporre le firme obbligatorie inserite alla pagina 2 in calce alla sezione “Dati per l’istruttoria della pratica di rimborso” e alla pagina all’interno del box “Informativa e consenso al trattamento dei dati personali”.

Il presente modulo e copia della documentazione di spesa possono essere inviati scegliendo una delle seguenti modalità:

- e-mail: [rimborsi@gestionesf.it](mailto:rimborsi@gestionesf.it)
- fax: **0461.1738969**
- consegna cartacea: esclusivamente previo appuntamento telefonico (0461.1919742) o mail ([info@sanifonds.tn.it](mailto:info@sanifonds.tn.it))

## DATI PER L'ISTRUTTORIA DELLA PRATICA DI RIMBORSO (DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... Telefono .....

E-mail\* ..... Datore di lavoro .....

IBAN

Intestato a ..... Banca .....

\* Si suggerisce di indicare un indirizzo e-mail per poter ricevere le comunicazioni del Fondo.

### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il Sottoscritto, consapevole e cosciente delle conseguenze in caso di dichiarazioni false e mendaci (art. 11, comma 2, DPR n. 403/98), nonché delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76, comma 4, DPR n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- che tutto il materiale presentato in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni medico-sanitarie usufruite, corrisponde al vero e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali;
- che tutta la documentazione prodotta riguarda esclusivamente prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo ed esclusivamente a lui medesimo;
- di prendere atto che i documenti non saranno restituiti;
- di essere informato che Sanifonds Trentino non svolge attività di consulenza fiscale e che quindi il medesimo resta responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di sgravio fiscale all’Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86);
- di accettare che Sanifonds Trentino possa richiedere la presentazione della documentazione in originale, con garanzia di restituzione, dopo i dovuti controlli.



## DISTINTA SPESE

### Unica finestra rimborsuale\*

Spese dal 1° gennaio al 31 dicembre 2017 → richiesta rimborso dal 1° gennaio al 10 marzo 2018

Data (a)	Codice prestazione (b)	Importo riportato in fattura (c)	Importo già rimborsato da altre forme di copertura sanitaria privata, ove presenti (d)

- (a) Il richiedente dovrà inserire la data riportata in fattura.
- (b) **I codici identificativi delle prestazioni sono riportati nelle pagine seguenti.**
- (c) Il richiedente dovrà inserire l'importo di spesa riportato in fattura, mentre il calcolo della quota ammessa a rimborso verrà effettuato dagli Uffici del Fondo.
- (d) Qualora l'iscritto abbia in essere altre coperture sanitarie integrative (assicurazioni, ecc.), dovrà indicare in distinta spese l'eventuale rimborso fruito per la prestazione oggetto della richiesta di rimborso.

Luogo e data .....

Firma\*\* .....

\*Attenzione! Solo per i dipendenti assunti da gennaio a giugno 2018, il Fondo aprirà una finestra rimborsuale straordinaria che permetterà di chiedere il rimborso entro il 31 luglio 2018. Contatta gli uffici Sanifonds per ulteriori informazioni

\*\* Firma obbligatoria

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ex art. 13 decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Signora, Gentile Signore.

L'iscrizione a Sanifonds Trentino comporta la raccolta e il trattamento di dati personali. Al riguardo, il D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) pone a carico del Titolare del trattamento l'obbligo di informare preventivamente gli interessati e di acquisire il loro consenso al trattamento, salvi i casi, espressamente indicati dalla legge, in cui tale consenso non è necessario. Pertanto, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza a tutela della Sua riservatezza e precisiamo che:

1. I suoi dati verranno trattati per le finalità istituzionali di Sanifonds Trentino, relative a: iscrizione al Fondo e gestione dei diritti, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualità di assistito, a norma di legge, di statuto, di regolamento e delle norme attuative dei piani sanitari; amministrazione della copertura sanitaria; gestione di eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie); invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività di Sanifonds Trentino e di organismi convenzionati (es. newsletter, documentazione di riconoscimento, inviti a manifestazioni, ecc.).

2. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" in quanto idonei a rivelare lo stato di salute ai sensi dell'art. 4, co. 1, lett. d) e dell'art. 26. Il trattamento dei dati sensibili è ammesso, nei limiti strettamente necessari alla fornitura dei servizi di assistenza, grazie al consenso dell'interessato e alle autorizzazioni di carattere generale adottate dal Garante per la protezione dei dati personali: nel caso in questione, il riferimento è all'Autorizzazione n. 3/2014. Il trattamento effettuato su dati sensibili, nei limiti posti dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: procedere al riconoscimento e alla liquidazione di rimborsi e sussidi per spese sanitarie sostenute; autorizzazione di prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari convenzionati (per il tramite dell'acquisizione, a titolo esemplificativo, di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti).

Precisiamo che senza i Suoi dati, e senza il Suo consenso al loro trattamento, non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

3. I dati sono trattati da Sanifonds Trentino, in qualità di autonomo titolare del trattamento solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza sanitaria richiesti o in Suo favore previsti; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini a soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

4. Il titolare del trattamento è Sanifonds Trentino, con sede legale in Via Degasperri n. 77, 38123 Trento in persona del Legale Rappresentante. Il responsabile designato del trattamento è il Direttore di Sanifonds Trentino. Incaricati del trattamento sono i collaboratori di Sanifonds Trentino, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle finalità correlate ai servizi da noi forniti.

5. Per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione al rapporto intercorrente tra Lei e Sanifonds Trentino, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti: in particolare, per le sole finalità di assistenza alle operazioni legate alla fornitura dei servizi previsti, a:

- La società di service preposta da Sanifonds alla determinazione dei rimborsi delle spese per prestazioni sanitarie;
- Il/gli istituto/i bancario/i preposto/i da Sanifonds Trentino alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
- Le società che gestiscono su incarico di Sanifonds servizi professionali quali l'invio informatizzato di comunicazioni agli iscritti e le analisi tecnico attuariali necessarie alla formulazione di Piani sanitari;
- L'Agenzia delle Entrate a cui Sanifonds Trentino deve trasmettere i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate ai sensi dell'art. 78, comma 25-bis, della legge 30 dicembre 1991, n. 413.

6. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003, il cui testo è di seguito interamente riportato: Art. 7 D.lgs. 196/2003 (Diritti di accesso ai dati personali ed altri diritti): "L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5 co. 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati. L'interessato ha diritto di ottenere: l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; al trattamento di dati personali che lo riguardano, ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Luogo e data ..... Firma\* .....

\* Firma obbligatoria.

Consenso ai fini del contatto da parte del Fondo ai fini di indagini di soddisfazione del cliente

Luogo e data ..... Firma .....



### A.3. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

PRESTAZIONE	Codice
VISITA ODONTOIATRICA/ABLAZIONE DEL TARTARO/LEVIGATURA DELLE RADICI/ CURETTAGE GENGIVALE	A.3.1

### A.4. CURE ODONTOIATRICHE

PRESTAZIONE	Codice
TERAPIE CONSERVATIVE (OTTURAZIONI, CURE CANALARI, etc.)	A.4.1
CHIRURGIA ORALE (ESTRAZIONI, ASPORTAZIONE CISTI, etc.)	A.4.2
IMPLANTOLOGIA	A.4.3
PROTESICA ODONTOIATRICA	A.4.4
TERAPIE ORTODONTICHE	A.4.5
PARODONTOLOGIA (CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE, etc.)	A.4.6
DIAGNOSTICA (RX ENDORALE; ORTOPANORAMICA;TAC)	A.4.7

### A.5. ALTRE PRESTAZIONI

PRESTAZIONE	Codice
<b>PRESTAZIONI CICLICHE</b>	
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	A.5.1
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	A.5.2
PSICOTERAPIA FAMILIARE	A.5.3
ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA (effettuata dal dietista su prescrizione del medico)	A.5.4
PRESTAZIONI PER LA VALUTAZIONE, L'INQUADRAMENTO INIZIALE, TRATTAMENTO/PERCORSO INDIVIDUALE E VALUTAZIONE FINALE INDIVIDUALE DI CICLI DI RIABILITAZIONE DA DIPENDENZE (dip. alcolica, dip. patologica da gioco)	A.5.5
CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	A.5.6
<b>AUSILI ORTOPEDICI, PROTESI E ORTESI</b>	
ORTESI PER PIEDE (PLANTARI, RIALZI, CALZATURE ORTOPEDICHE)	A.5.7
APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO SUPERIORE O INFERIORE E PER IL TRONCO (TUTORE ARTO)	A.5.8
PROTESI /ORTESI SPINALI (BUSTI, CORSETTI ECC.)	A.5.9
PROTESI ARTO INFERIORE O SUPERIORE	A.5.10
AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE E CARROZZINE	A.5.11
PROTESI ACUSTICHE	A.5.12

### A.6. PACCHETTO LENTI CORRETTIVE

PRESTAZIONE	Codice
LENTI CORRETTIVE	A.6.1

## ELENCO CODICI PRESTAZIONI

### A.1. CURE FISICHE

PRESTAZIONE	Codice
RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE	A.1.1
ULTRASUONOTERAPIA	A.1.2
ELETTROTHERAPIA ANTALGICA – TENS, ALTO VOLTAGGIO	A.1.3
ELETTROTHERAPIA ANTALGICA – DIADINAMICA	A.1.4
ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI	A.1.5
LASER TERAPIA ANTALGICA	A.1.6
MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	A.1.7
IRRADIAZIONE INFRAROSSA	A.1.8
MAGNETOTERAPIA	A.1.9
AGOPUNTURA	A.1.10
ALTRE PRESTAZIONI RIABILITATIVE EFFETTUATE DA PERSONALE SANITARIO	A.1.11

### A.2. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRESTAZIONE	Codice
<b>OCULISTICA</b>	
VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	A.2.1
STUDIO DEL CAMPO VISIVO	A.2.2
TOMOGRAFIA RETINICA(OCT) A LUCE COERENTE	A.2.3
ESAME DEL FUNDUS OCULI	A.2.4
RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	A.2.5
CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE E ALTE RAZIONI CORNEALI CON LASER A ECCIMERI (PRK)	A.2.6
STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	A.2.7
ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	A.2.8
PACHIMETRIA CORNEALE	A.2.9
CORREZIONE BLEFAROPTOSI/RETRAZIONE PALPEBRALE	A.2.10
PLASTICA PALPEBRA (NON ESTETICA)	A.2.11
<b>VISITE SPECIALISTICHE</b>	
VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA	A.2.12
VISITA DERMATOLOGICA	A.2.13
VISITA ORTOPEDICA	A.2.14
VISITA FISIATRICA	A.2.15
VISITA CARDIOLOGICA	A.2.16
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	A.2.17
VISITA NEUROLOGICA	A.2.18
VISITA GASTROENTEROLOGICA	A.2.19
VISITA REUMATOLOGICA	A.2.20
VISITA NEUROCHIRURGICA	A.2.21
VISITA PSICOLOGICA	A.2.22
VISITA PSICHIATRICA	A.2.23
VISITA ENDOCRINOLOGICA/ENDOCRINOCHIRURGICA	A.2.24
ALTRA VISITA	A.2.25
<b>DIAGNOSTICA STRUMENTALE</b>	
ELETTROCARDIOGRAMMA	A.2.26
RADIOGRAFIA	A.2.27
MAMMOGRAFIA	A.2.28
PRELIEVO ED ESAME CITOLOGICO CERVICOVAGINALE - PAP TEST	A.2.29
ECOGRAFIA	A.2.30
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	A.2.31
ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTA RIE	A.2.32
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHIELET RICA	A.2.33
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA	A.2.34
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	A.2.35
ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	A.2.36
<b>PRESTAZIONI DI LABORATORIO</b>	<b>A.2.37</b>