Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2023/01

Cure fisiche, Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria,
Lenti, Altre prestazioni, Pacchetto maternità, SANIinMENTE

MODALITÀ COMPILAZIONE

Il presente modulo deve essere inviato insieme a copia della documentazione di spesa

Se stai compilando la richiesta per un tuo familiare iscritto ricorda:

- di compilare sempre anche i dati relativi al dipendente iscritto
- ogni modulo può contenere la richiesta di rimborso **per le spese di una sola persona**

MODALITÀ INVIO

Il presente modulo deve essere inviato scegliendo una delle seguenti modalità:

- e-mail: **rimborsi@gestionesf.it**
- fax: **0461.1738969**
- consegna cartacea: esclusivamente previo **appuntamento** telefonico (0461.1780252) o prenotandosi sul sito (www.sanifonds.tn.it).
  Se la documentazione viene consegnata da una persona delegata dall'iscritto principale o dal familiare maggiorenne:
  - Il modulo deve pervenire al Fondo già firmato (a pagina 2-3) secondo le indicazioni riportate all'interno
  - deve essere compilata la delega allegata alla fine del presente modulo

Dati per l'istruttoria della pratica di rimborso

DIPENDENTE ISCRITTO

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

E-mail [(a)] _____ Datore di lavoro _____

IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestato a _____ Banca _____

(a) Per ricevere le comunicazioni del Fondo è necessario inserire un indirizzo mail

Se hai iscritto il nucleo familiare a Sanifonds e stai chiedendo il rimborso per le spese di un tuo familiare compila la sezione sottostante con i suoi dati

FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2023/01

Cure fisiche, Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Lenti, Altre prestazioni, Pacchetto maternità, SANIinMENTE

Distinta Spese

Le spese vanno presentate entro le scadenze indicate nel Piano Sanitario 2023. Spese riferite a:

☐ **1ª finestra rimborsuale** ☐ **2ª finestra rimborsuale** ☐ **3ª finestra rimborsuale**

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.

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 o al familiare iscritto per cui presenta la pratica;
- 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.

Spazio per eventuali altre firme (a cura del Fondo)

Luogo e Data

Firma*

(firma dell'iscritto. In caso di richiesta di rimborso per familiare: firma del familiare maggiorenne, o se minore d'età, di chi esercita la patria potestà)

** firma obbligatoria*

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2023/01

Cure fisiche, Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Lenti, Altre prestazioni, Pacchetto maternità, SANIinMENTE

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR), Sanifonds Trentino in qualità di Titolare del trattamento, informa che tratterà i Suoi dati personali nel rispetto della normativa sopra richiamata. In relazione ai suddetti trattamenti fornisce inoltre le seguenti informazioni.

1. Qual è il ruolo di Sanifonds Trentino nel trattamento dei dati personali (Titolare del trattamento dei dati)
1.1 Sanifonds Trentino è il Titolare del Trattamento dei dati personali e ne determina le finalità e i mezzi assicurando che il trattamento risponda ai principi di liceità, correttezza e trasparenza enunciati all'art. 5 GDPR.
1.2 Di seguito, si elencano le informazioni di contatto del Titolare:
a) sede legale: via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento; b) telefono: +39 0461 1780252 c) e-mail: affarigenerali@sanifonds.tn.it; d) PEC: sanifondstrentino@pec.trovarti.it; e) C.F.: 02301630220.

2. Responsabile della protezione dei dati (DPO)
2.1 Il Titolare del trattamento ha nominato Sicurdata S.r.l. (via E. Codignola, 10/A - 50018 Scandicci [FI]) come Responsabile della protezione dei dati nella figura di Agostino Oliveri.
2.2 Informazioni di contatto:
a) P. Iva: 06387650481 b) telefono: 055750808 c) e-mail: dpo.sicurdata@opendata.it d) PEC: sicurdatasrl@pec.pec-opendata.com

3. Quali dati Sanifonds Trentino Le richiede (Oggetto del trattamento)
3.1 Oggetto del trattamento saranno i Suoi dati personali: a) anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, sesso, codice fiscale); b) recapiti (telefono, indirizzo e-mail); c) dati contabili e/o di pagamento; 3.2 Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "appartenenti a categorie particolari – art. 9 GDPR" in quanto idonei a rivelare lo stato di salute ai sensi dell'art. 4.15.

4. Perché Sanifonds Trentino richiede i Suoi dati personali (Finalità), quali sono i presupposti che autorizzano Sanifonds Trentino a trattarli (Base giuridica del trattamento) e la natura del conferimento
4.1 Finalità: 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; b) amministrazione della copertura sanitaria; gestione di eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie); c) 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 di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti); d) invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività di Sanifonds Trentino e di organismi convenzionati (es. newsletter, documento di riconoscimento, inviti a manifestazioni, ecc.).
4.2 Le basi giuridiche che legittimano il trattamento sono: esplicito consenso ai sensi dell'art. 9.2, lett. a) GDPR; art. 9.2, lett. f) GDPR in quanto il trattamento è necessario per accertare o difendere un diritto in sede giudiziaria; esplicito consenso ai sensi dell'art. 6.1, lett. a) GDPR per ricevere materiale informativo, pubblicitario e promozionale. Il consenso potrà essere in ogni momento revocato ai sensi dell'art. 7 GDPR. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca stessa. Si potrà revocare il consenso inviando una e-mail all'indirizzo del Titolare e/o del DPO.
4.3 La natura del conferimento è facoltativa ma necessaria per dar seguito alla richiesta/pratica; per ricevere materiale informativo è facoltativa mentre per la gestione di eventuali contenziosi è obbligatoria.

5. A chi Sanifonds Trentino potrebbe comunicare i Suoi dati (Eventuali destinatari dei dati)
5.1 I suoi dati personali potranno essere comunicati a:
• il/gli istituto/i bancario/i preposto/i da Sanifonds Trentino alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
• le/gli società/enti che gestiscono su incarico Sanifonds Trentino servizi professionali quali la gestione delle richieste di rimborso, 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.
• la/le società di assicurazione e broker assicurativi incaricati da Sanifonds Trentino per la prestazione di servizi assicurativi;
• le strutture convenzionate incaricate da Sanifonds Trentino per l'erogazione di prestazioni sanitarie.
5.2 L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile inviando una richiesta scritta al titolare all'indirizzo mail sopra riportato.

6. Trasferimento dei Suoi dati personali
6.1 I Suoi dati non verranno trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione europea.
6.2 Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà la facoltà di spostare l'ubicazione dei server in Italia e/o Unione europea e/o Paesi extra-Ue. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-Ue avverrà in conformità alle disposizioni vigenti di legge.

7. Per quanto tempo saranno conservati i Suoi dati (Periodo di conservazione)
7.1 I dati personali saranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente a quanto necessario per il perseguimento della finalità di cui alla presente informativa. In particolare, i dati personali saranno trattati per un periodo di tempo pari al minimo necessario, come indicato dal Considerando 39 del Regolamento UE 2016/679, fatto salvo un ulteriore periodo di conservazione che potrà essere imposto da norme di legge, come anche previsto dal Considerando 65 del Regolamento UE 2016/67.

8. Quali sono i Suoi diritti come interessato del trattamento (Elenco dei diritti dell'interessato), reclamo e ricorso giurisdizionale e come esercitarli
8.1 Relativamente ai dati medesimi Lei potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 GDPR, il diritto di reclamo ai sensi dell'art. 77 GDPR e il ricorso giurisdizionale ai sensi degli artt. 78 e 79 GDPR. Inoltre, Lei potrà esercitare il diritto alla revoca del consenso ai sensi dell'art. 7 GDPR.
8.2 Qualora desideri esercitare i diritti riconosciuti dalla legge, Lei potrà rivolgersi al Titolare ai punti di contatto indicati dalla presente informativa al punto 1.

9. Ulteriori informazioni
9.1 Il Titolare del trattamento resta a disposizione per qualsiasi necessità di chiarimento e , qualora il trattamento dovesse essere modificato rispetto a quello descritto nel presente documento, il Titolare fornirà un'apposita informativa aggiornata.

CONFERIMENTO CONSENSO

il sottoscritto _____

☐ Acconsente ☐ Non acconsente al trattamento dei dati personali (quindi inclusi anche dati sanitari)

Luogo e Data _____

Firma* _____

(firma dell'iscritto. In caso di richiesta di rimborso per familiare: firma del familiare maggiorenne, o se minore d'età, di chi esercita la patria potestà)

** firma obbligatoria*

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2023/01

Cure fisiche, Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Lenti, Altre prestazioni, Pacchetto maternità, SANIinMENTE

Elenco Codici Prestazioni

A.1. CURE FISICHE

A.1.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE
A.1.2	ULTRASUONOTERAPIA
A.1.3	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - TENS, ALTO VOLTAGGIO
A.1.4	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - DIADINAMICA
A.1.5	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI
A.1.6	LASER TERAPIA ANTALGICA
A.1.7	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO
A.1.8	IRRADIAZIONE INFRAROSSA
A.1.9	MAGNETOTERAPIA
A.1.10	AGOPUNTURA
A.1.11	PODOLOGO
A.1.12	ALTRE PRESTAZIONI RIABILITATIVE EFFETTUATE DA PERSONALE SANITARIO

A.2. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

	OCULISTICA
A.2.1	VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
A.2.2	STUDIO DEL CAMPO VISIVO
A.2.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) A LUCE COERENTE
A.2.4	ESAME DEL FUNDUS OCULI
A.2.5	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)
A.2.6	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE E ALTERAZIONI CORNEALI CON LASER A ECCIMERI (PRK)
A.2.7	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE
A.2.8	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE
A.2.9	PACHIMETRIA CORNEALE
A.2.10	CORREZIONE BLEFAROPTOSI/RETRAZIONE PALPEBRALE
A.2.11	PLASTICA PALPEBRA (NON ESTETICA)

	VISITE SPECIALISTICHE
A.2.12	VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA
A.2.13	VISITA DERMATOLOGICA
A.2.14	VISITA ORTOPEDICA
A.2.15	VISITA FISIATRICA
A.2.16	VISITA CARDIOLOGICA
A.2.17	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
A.2.18	VISITA NEUROLOGICA
A.2.19	VISITA GASTROENTEROLOGICA
A.2.20	VISITA REUMATOLOGICA
A.2.21	VISITA NEUROCHIRURGICA
A.2.22	VISITA PSICHIATRICA
A.2.23	VISITA ENDOCRINOLOGICA/ENDOCRINOCHIRURGICA
A.2.24	ALTRA VISITA

	DIAGNOSTICA STRUMENTALE
A.2.25	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	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHELETRICA
A.2.32	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA
A.2.33	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
A.2.34	ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE
A.2.35	PRESTAZIONI DI LABORATORIO

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2023/01

Cure fisiche, Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Lenti, Altre prestazioni, Pacchetto maternità, SANIinMENTE

Elenco Codici Prestazioni

A.3. PREVENZIONE ODONTOIATRICA	
A.3.1	VISITA ODONTOIATRICA/ABLAZIONE DEL TARTARO/SCALING/LEVIGATURA DELLE RADICI/CURETTAGE GENGIVALE

A.4. CURE ODONTOIATRICHE	
A.4.1	TERAPIE CONSERVATIVE (OTTURAZIONI, CURE CANALARI, ECC.)
A.4.2	CHIRURGIA ORALE (ESTRAZIONI, ASPORTAZIONE CISTI, ECC.)
A.4.3	IMPLANTOLOGIA
A.4.4	PROTESICA ODONTOIATRICA
A.4.5	TERAPIE ORTODONTICHE
A.4.6	TERAPIE CHIRURGICHE IN AMBITO PARODONTALE (CHIRURGIA MUCO GENGIVALE/CHIRURGIA RIGENERATIVA/CHIRURGIA DI ELIMINAZIONE DELLE TASCHE)
A.4.7	DIAGNOSTICA (RX ENDORALE; ORTOPANORAMICA; TAC)

A.5. ALTRE PRESTAZIONI	
A.5.1	LOGOPEDIA
A.5.2	PROTESI ACUSTICHE
A.5.3	PRESTAZIONI PER LA VALUTAZIONE, L'INQUADRAMENTO INIZIALE, TRATTAMENTO/PERCORSO INDIVIDUALE E VALUTAZIONE FINALE INDIVIDUALE DI CICLI DI RIABILITAZIONE DA DIPENDENZE (DIP. ALCOLOGICA, DIP. PATOLOGICA DA GIOCO)
A.5.4	CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
A.5.5	ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA
A.5.6	APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO SUPERIORE O INFERIORE E PER IL TRONCO (TUTORE ARTO)
A.5.7	PROTESI /ORTESI SPINALI (BUSTI, CORSETTI ECC.)
A.5.8	PROTESI ARTO INFERIORE O SUPERIORE
A.5.9	AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE E CARROZZINE

A.6. PACCHETTO LENTI CORRETTIVE	
A.6.1	LENTI CORRETTIVE O LENTI A CONTATTO

A.7. PACCHETTO MATERNITÀ	
A.7.1	PRESTAZIONI IN GRAVIDANZA
A.7.1.1	VISITE OSTETRICO/GINECOLOGICHE (COMPRESI CONTROLLI)
A.7.1.2	ECOGRAFIE
A.7.1.3	TEST DEL DNA FETALE E ALTRI ESAMI PER LA DIAGNOSI PRENATALE
A.7.1.4	DIARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO
A.7.2	PRESTAZIONI POST-PARTO
A.7.2.1	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO (MAX. 1)
A.7.2.2	RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO
A.7.2.3	PSICOTERAPIA
A.7.2.4	VISITA DIETOLOGICA (MAX. 1)

A.8 SANIinMENTE	
A.8.1	VISITA PSICOLOGICA
A.8.2	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
A.8.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
A.8.4	PSICOTERAPIA FAMILIARE

Delega per la presentazione della richiesta di rimborso

Questa delega deve essere compilata **esclusivamente** quando la richiesta di rimborso presso gli Uffici viene presentata da una persona delegata dall'iscritto principale o dal familiare maggiorenne.

Ricorda che, oltre alla delega, il modulo deve essere già firmato secondo le indicazioni presenti a pagina 2-3

Il/La sottoscritto/a iscritto/a a Sanifonds Trentino .....

nato/a ..... il ..... Codice fiscale .....

residente in via ..... CAP .....

città ..... Prov. .....

DELEGA

il/la sig./sig.ra .....

nato/a ..... il .....

residente in via ..... CAP .....

città ..... Prov. .....

A PRESENTARE PRESSO GLI UFFICI DI SANIFONDS TRENTINO I DOCUMENTI DI SPESA/FATTURE E LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE CLINICA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA PRATICA DI RIMBORSO

Il delegante

....

(luogo e data) (firma)

Il delegato dovrà fornire il documento di riconoscimento al fine di permettere agli operatori di verificarne l'identità. Inoltre, il delegato autorizza Sanifonds Trentino a trattare i propri dati personali ai sensi dell'articolo 13 del regolamento UE 679/2016 per le finalità strettamente necessarie all'istruttoria della pratica di rimborso del delegante.

Il delegato

....

(luogo e data) (firma)