Sf2026

VADEMECUM PER LA PRESENTAZIONE DEI RIMBORSI

Regione TAA e Camera di Commercio

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Sommario

03

LE PRESTAZIONI RIMBORSATE

Quando chiedere il rimborso 03

Come viene calcolato il rimborso 04

06

COME PRESENTARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO PER SPESE ORDINARIE

07

COME PRESENTARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO PER GRAVI MALATTIE E NON AUTOSUFFICIENZA

09

COSA TENERE SEMPRE A MENTE...

Focus cure fisiche 12

Focus cure odontoiatriche 13

Focus SaniInRosa Pacchetto maternità 14

08

COME ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI IEO

MINI GUIDA LENTI CORRETTIVE - INSERTO ESTRAIBILE AL CENTRO DEL VADEMECUM

Quando chiedere il rimborso

ANNO DI RIFERIMENTO

Sono rimborsate le spese sostenute
a partire dal **01/01/2026** fino al **31/12/2026**.

Le richieste di rimborso devono essere presentate - **a pena di esclusione** - coerentemente con le finestre temporali indicate di seguito.

Non verranno accolte pratiche presentate in anticipo o in ritardo rispetto ai termini stabiliti.

	Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
1° Finestra Rimborsuale	Dal 1° gennaio 2026 al 30 giugno 2026	Dal 1° luglio 2026 al 22 settembre 2026
2° Finestra Rimborsuale	Dal 1° luglio 2026 al 30 settembre 2026	Dal 1° ottobre 2026 al 10 dicembre 2026
3° Finestra Rimborsuale	Dal 1° ottobre 2026 al 31 dicembre 2026	Dal 7 gennaio 2027 al 10 marzo 2027

Come viene calcolato il rimborso

Tipologia di spese ammesse: ticket, libera professione ospedaliera (cd. "intramoenia"), spese sostenute in studi privati

Garanzia	Rimborso	Condizioni*
A.1 Prestazioni **riabilitative** e **cure fisiche**	50% della spesa sostenuta con massimale rimborsabile annuo di 175 euro	**Valore minimo di spesa:** 23 euro per ogni pratica presentata Le richieste sono ammissibili esclusivamente in presenza di prescrizione medica non più vecchia di 4 mesi rispetto alla data della fattura
A.2 Prestazioni di **specialistica ambulatoriale**	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 175 euro	**Valore minimo di spesa:** 23 euro per ogni pratica presentata
A.3 Prestazioni di **prevenzione odontoiatrica** e **igiene orale**	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 30 euro	Il Fondo rimborsa al massimo 1 prestazione all'anno tra visite odontoiatriche, sedute di igiene orale, sedute di levigatura delle radici, scaling
A.4 Prestazioni di **cure odontoiatriche**	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 360 euro (non cumulabile con l'utilizzo del massimale della garanzia A.3)	Il Fondo rimborsa le fatture di acconto 2026 se accompagnate dalla fattura di saldo. Se non hai il saldo antecedente al 31.12.2026 le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente con il *"Modulo certificazione acconto odontoiatria 2026"*. Consulta il Focus sulle Cure odontoiatriche a pag. 11 del Vademecum
A.5 Altre prestazioni	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 175 euro	**Valore minimo di spesa:** 23 euro per ogni pratica presentata Le spese relative a prestazioni di elaborazione/formulazione dieta e controlli sono ammissibili esclusivamente in presenza di prescrizione medica non più vecchia di 12 mesi rispetto alla data della fattura
A.6 Pacchetto **lenti correttive**	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 100 euro	Le richieste sono ammissibili solamente in presenza di prescrizione del medico oculista o prescrizione dell'ottico/optometrista corredata da esame della vista fatturato e dicitura esente Iva ex art.10. Consulta il Piano sanitario e l'inserto estraibile del Vademecum.

** Ai fini della verifica puntuale delle condizioni, si raccomanda di consultare il Piano Sanitario.*

Garanzia	Rimborso	Condizioni*
A.7 SaniInRosa – **Pacchetto maternità**	Massimale di euro 1.000 utilizzabile in 2 anni (2026-2027) › Per le prestazioni specialistiche: 50% della spesa sostenuta › Per il test del Dna fetale e gli altri esami per la diagnosi prenatale: 80% della spesa sostenuta › Per la diaria di ricovero: euro 50, dal 4° al 10° giorno, con un massimo di euro 350	Sono ammissibili le prestazioni per gravidanze accertate a decorrere dal 1° gennaio 2026 (con riferimento alla data del rilascio del certificato) **Prestazioni in gravidanza** Il Fondo richiede: › Certificato rilasciato dal medico specialista (ginecologo) attestante la gravidanza. › Per la diaria da ricovero, la lettera di dimissione dell'ospedale/casa di cura. **Prestazioni post-parto** Il Fondo richiede: › Certificato di nascita. › Per la prestazione "riabilitazione del pavimento pelvico", la prescrizione dello specialista (medico ginecologo).
A.8 **SaniInMente** - Prestazioni di supporto psicologico	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 200 euro	Il massimale è maggiorato di ulteriori 100 euro nel caso di: › Prestazioni sostenute da iscritti con età uguale o inferiore a 18 anni. › Prestazioni a seguito di ospedalizzazione Covid negli ultimi 12 mesi. › Prestazioni a seguito di disturbo mentale certificato dal medico specialista o dal medico di medicina generale.

Gravi malattie e non autosufficienza

Garanzia	Rimborso	Condizioni*
A.9/A.10 Prestazioni in caso di **gravi malattie**	**Prestazioni specialistiche per diagnosi/percorso terapeutico:** 80% della spesa sostenuta con un rimborso massimo annuale di 700 euro **Prestazioni di riabilitazione e assistenza:** 60% della spesa sostenuta con un borsellino utilizzabile in due anni (2026-2027) di 5.000 euro	
A.11 Prestazioni per la **non autosufficienza**	Rendita monetaria pari a 12.000 euro/annui	Per le condizioni di ammissibilità e le modalità di accesso alla prestazione si rimanda al Piano Sanitario e alla miniguida

** Ai fini della verifica puntuale delle condizioni, si raccomanda di consultare il Piano Sanitario.*

Come presentare la richiesta di rimborso per spese ordinarie

(Modulo R/2026/01)

COME EFFETTUARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Accedi all'**area riservata** e segui le indicazioni per inviare la tua richiesta di rimborso. Non dovrai quindi scaricare e compilare il modulo ma potrai fare tutto direttamente online in modo semplice e veloce

Via **mail** allegando il modulo R/2026/01 e la documentazione di spesa all'indirizzo e-mail rimborsi@gestionesf.it

Via **fax** inviando il modulo e la documentazione di spesa al numero 0461.1738969

Consegna della documentazione cartacea presso la nostra sede operativa a Trento in via Ragazzi del '99, n. 29 - presso lo stabile della Cassa Edile, esclusivamente previo appuntamento. Per fissare il tuo appuntamento collegati al sito www.sanifonds.tn.it dove potrai prenotare dal calendario online il tuo appuntamento oppure telefona allo 0461.1780252

MINI GUIDA
per il rimborso delle lenti correttive

Se vuoi essere certo di accedere al rimborso per le lenti correttive consulta/stampa la presente guida e consegnala al medico oculista o all'ottico/optometrista a cui ti rivolgi

E ricorda...

...il rimborso delle lenti è subordinato alla **modifica del visus** cioè al miglioramento o al peggioramento della vista rispetto ad una precedente misurazione.

Sei dal medico oculista

Durante l'esame della vista
il medico oculista ha rilevato una
MODIFICA DEL VISUS?

SÌ

Cosa presentare al Fondo:

Prescrizione attestante la modifica del visus

Vedi sul retro le attestazioni di modifica del visus accettate

+

Fattura delle lenti degli occhiali o delle lenti a contatto

Ricorda che in caso di occhiale, la fattura deve contenere il costo delle lenti separato dal costo della montatura

NO

*Le lenti **NON** sono rimborsabili*

Sei dall'ottico optometrista

Durante l'esame della vista
l'ottico/optometrista ha rilevato una
MODIFICA DEL VISUS?

SÌ

Il professionista ha evidenziato in fattura ***l'esame della vista?***

NO

Le lenti ***NON*** *sono rimborsabili*

Prescrizione attestante la modifica del visus

Vedi sul retro le attestazioni di modifica del visus accettate

Fattura delle lenti degli occhiali o delle lenti a contatto

Ricorda che in caso di occhiale, la fattura deve contenere il costo delle lenti separato dal costo della montatura

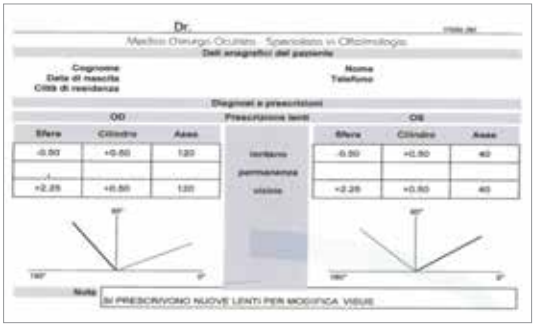
Fattura dell'esame della vista

Ricorda che l'esame della vista (indicante la dicitura prestazione sanitaria esente IVA ex art. 10) deve essere regolarmente tariffato. Non sono ammissibili documenti di spesa che riportino un valore della prestazione pari a zero

Attestazioni di modifica del visus ammesse

CASO 1

Il professionista esplicita nella prescrizione (ad esempio nel campo note) la dicitura "lenti per variazione/cambio/modifica visus".



CASO 2

Il professionista sanitario riporta nella prescrizione il visus precedente e il visus attuale in modo chiaro ed esplicito.

CASO 3

L'iscritto allega certificazione redatta dal medico oculista o dall'ottico con data, firma e timbro dello stesso (in base a chi ha rilasciato la prescrizione) attestante che vi è stata una modifica del visus.

CASO 4

Nei casi di "primo occhiale", l'iscritto produce certificazione - a firma del professionista che ha condotto la visita - recante attestazione che trattasi di "prescrizione per primo occhiale".

Non sono ammessi

- Non sono ammissibili, ai fini della verifica del visus, documenti diversi da quelli sopra riportati.
- Il Fondo non può ammettere copie di documenti di spesa o referti clinici con note compilate a mano e/o senza timbro del professionista che ha eseguito la visita.
- Il Fondo non può ammettere una **prescrizione** rilasciata dal medico oculista e **certificazione** della modifica del visus attestata dall'ottico/optometrista (e viceversa).
  Il Piano Sanitario richiede che la modifica del visus sia certificata dal referto del professionista che ha eseguito la visita.

Come presentare la richiesta di rimborso per gravi malattie

(Modulo R/2026/02)

COME EFFETTUARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Via **mail** allegando il modulo R/2026/02, la documentazione di spesa (fatture) e relativa documentazione sanitaria attestante la grave patologia (es.: cartella clinica, referto dello specialista) all'indirizzo e-mail rimborsi@gestionesf.it

Via **fax** inviando il modulo e la documentazione di spesa (fatture) e relativa documentazione sanitaria attestante la grave patologia (es.: cartella clinica, referto dello specialista) al numero 0461.1738969

Consegna della documentazione cartacea presso la nostra sede operativa a Trento in via Ragazzi del '99, n. 29 - presso lo stabile della Cassa Edile, esclusivamente previo appuntamento. Per fissare il tuo appuntamento collegati al sito www.sanifonds.tn.it dove potrai prenotare dal calendario online il tuo appuntamento oppure telefona allo 0461.1780252

La documentazione presentata verrà visionata dalla commissione medico-legale e ti verrà inviata via mail comunicazione dell'esito della richiesta.
Nel caso in cui la pratica non venga accolta come grave malattia verrà gestita dal Fondo come spese afferenti alle categorie da A.1 ad A.8.

Come accedere alle prestazioni IEO

Il pagamento delle fatture emesse dallo IEO a tariffa agevolata viene saldato direttamente dall'iscritto, il quale procederà poi con la richiesta di rimborso a Sanifonds Trentino.

Contatto con il CUP IEO

L'iscritto contatta il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) di IEO al numero +39 02 57489.001 per ricevere le informazioni operative e le istruzioni di prenotazione.

Richiesta del voucher a Sanifonds

Tramite l'area riservata iscritti di Sanifonds Trentino, l'iscritto richiede al Fondo il voucher da presentare presso IEO in sede di erogazione della prestazione specialistica.

Pagamento e richiesta di rimborso

Dopo aver usufruito della prestazione e provveduto al pagamento a tariffa scontata presso IEO, l'iscritto riceve fattura fiscale sanitaria. La domanda di rimborso va presentata a Sanifonds Trentino secondo le modalità previste dal Piano Sanitario, allegando la fattura quietanzata e la documentazione richiesta.

Cosa tenere sempre a mente...

LE SCADENZE

- Le richieste di rimborso devono essere presentate nelle finestre rimborsuali prestabilite. Non è possibile presentare le spese in un'unica soluzione a fine anno.

QUANTI MODULI COMPILARE?

- Ogni modulo per la richiesta di rimborso deve contenere le spese di una singola persona.
- All'interno dello stesso modulo puoi inserire più prestazioni sia relative a una stessa categoria di spesa (es.: odontoiatria), sia relativa a più categorie (es.: lenti e odontoiatria).
- Per ogni nuova richiesta deve essere ricompilato l'apposito modulo per il rimborso.

FATTURE: ORIGINALI O COPIE?

- Il Fondo necessita solo della copia dei documenti di spesa: non occorrono gli originali.

730

- Dall'area riservata puoi scaricare in ogni momento un prospetto riepilogativo dei rimborsi erogati dal Fondo. Puoi utilizzarlo come utile promemoria in sede di dichiarazione dei redditi.

INTEGRAZIONI

- È possibile inviare una sola integrazione (contenente anche più documenti) per ciascuna pratica. Nel caso i documenti non fossero coerenti con la richiesta del Fondo, le fatture in questione verranno escluse.

LIMITE MINIMO DI SPESA

- Il limite minimo di spesa di 23 euro (per le garanzie di A.1 Cure fisiche, A.2 Specialistica ambulatoriale e A.5 Altre prestazioni) indica che per ogni richiesta di rimborso la somma degli importi delle fatture di ciascuna garanzia deve essere di almeno 23 euro.

PRESCRIZIONE MEDICA, QUANDO SERVE?

- Le spese che necessitano della prescrizione medica sono...
  - **le prestazioni di Cure fisiche** (garanzia A.1) con prescrizione del medico di base o specialista non più vecchia di 4 mesi rispetto alla data della fattura;
  - **le prestazioni di elaborazione e formulazione della dieta** (garanzia A.5, codice A.5.5) con prescrizione del medico di base o specialista non più vecchia di 12 mesi rispetto alla data della fattura;
  - **la richiesta del pacchetto lenti correttive** (garanzia A.6) con prescrizione del medico oculista oppure dell'ottico/optometrista (per prestazione esente IVA ex art. 10) non più vecchia di 12 mesi rispetto alla data della fattura.
  - **le prestazioni di riabilitazione del pavimento pelvico** (garanzia A.7.2.2) con prescrizione dello specialista (ginecologo) non più vecchia di 4 mesi rispetto alla data della fattura;

ALCUNI ESEMPI DI SPESE NON RIMBORSABILI

- Non sono rimborsabili dal Fondo:
  - **I farmaci e le infusioni/applicazioni di farmaci**
  - **Le spese per cd rom, rilascio della cartella clinica, spese di spedizione, marca da bollo, contributi a casse professionali, iva, etc.**
  - **I vaccini**
  - **Le spese per il noleggio di apparecchiature mediche**
  - **Le spese per l'acquisto di materassi ortopedici**
  - **Prestazioni eseguite in farmacia (ECG, analisi del sangue, etc.)**

Focus cure fisiche

PRESCRIZIONE

- Qualora la prescrizione del medico sia in formato elettronico (digitale), è compito dell'iscritto provvedere a trasmetterla al Fondo unitamente alla pratica di rimborso (esattamente come avviene per le ricette cartacee).
- Sono ammessi anche i referti delle visite specialistiche attestanti la necessità delle terapie.

CURE TERMALI

- Le cure termali (inalazioni, irrigazioni, percorso flebologico, fangoterapia, aerosol, cura idropinica, balneoterapia, etc.) non rientrano tra le prestazioni ammissibili al rimborso.
- Sono ammesse, invece, le prestazioni sanitarie indicate nel Piano Sanitario svolte presso i centri termali purché effettuate da personale medico o personale riconosciuto dalla vigente legislazione.
- Se vuoi chiedere il rimborso per queste prestazioni assicurati di presentare con la tua pratica di rimborso la seguente documentazione:
  - una certificazione rilasciata dalle Terme che attesti che la prestazione è stata effettuata da personale medico o da un professionista sanitario indicando la professione;
  - prescrizione rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista che attesti la necessità delle terapie.

ALCUNI ESEMPI DI SPESE NON RIMBORSABILI

- Le cure fisiche o valutazioni fisiche svolte presso studi odontoiatrici non rientrano tra le prestazioni rimborsabili.
- Il Fondo rimborsa le prestazioni eseguite da professionisti sanitari riconosciuti dalla vigente legislazione. **Non sono quindi rimborsate dal Fondo le prestazioni di operatori di interesse sanitario attualmente non riconducibili alle professioni sanitarie** quali ad esempio osteopata, chiropratico, chinesiologo, massoterapista, massaggiatore capo bagnino.

Focus SaniInRosa Pacchetto maternità

IL CERTIFICATO DI GRAVIDANZA PUÒ ESSERE RILASCIATO SIA DA STRUTTURE/PROFESSIONISTI PRIVATI SIA PUBBLICHE?

- Sì, il Fondo accetta i certificati rilasciati sia da strutture pubbliche che da professionisti/strutture private

Focus cure odontoiatriche

FATTURE DI ACCONTO/SALDO

- Il Fondo rimborsa le fatture di acconto 2026 se accompagnate dalla fattura di saldo.
  - **Se hai la fattura di saldo datata prima del 31.12.2026**. Presenterai le fatture di acconto del 2026 insieme al saldo nella finestra rimborsuale determinata dalla data della fattura di saldo.
  - **Se hai solo fatture di acconto senza il saldo datato prima del 31.12.2026.** Potrai chiedere il rimborso delle fatture di acconto accompagnandole esclusivamente con il *"Modulo certificazione acconto odontoiatria 2026"* predisposto dal Fondo e compilato dal dentista in tutte le sue parti (scarica il modulo sul sito www.sanifonds.tn.it). In questo caso è la data della singola fattura di acconto a determinare la finestra rimborsuale in cui chiedere il rimborso.

ALCUNI ESEMPI DI SPESE NON RIMBORSABILI

- Non rientrano tra i presidi rimborsati dal Fondo i bite per il bruxismo e gli apparecchi ortognatodontici.
- Le prestazioni a carattere estetico (es.: sbiancamento dei denti).
- Fatture che riportano voci di spesa generica (es.: "cure odontoiatriche") .

Note

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

www.sanifonds.tn.it

I nostri contatti

tel. **0461.1780252**

e-mail **info@sanifonds.tn.it**

sede **Via Ragazzi del '99, n. 29 Trento sud**
(presso lo stabile della Cassa Edile)

Concept: Agenzia OGP