



Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2019/01

Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria,
Altre prestazioni

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:

- o di compilare sempre anche i dati relativi al dipendente iscritto
- o 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:

- o e-mail: rimborsi@gestionef.it
- o fax: **0461.1738969**
- o consegna cartacea: esclusivamente previo **appuntamento** telefonico (0461.1919742) 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



Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2019/01

Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Altre prestazioni

Distinta Spese

Le spese vanno presentate entro le scadenze indicate nel Piano Sanitario 2019. Spese riferite a:

- 1^a finestra rimborsuale
 2^a finestra rimborsuale
 3^a 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 mediche 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 obbligatoria

(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)



Richiesta rimborso delle spese sanitarie Modulo R/2019/01

Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Altre prestazioni

Informativa e trattamento dei dati personali

In coerenza con quanto previsto dalle disposizioni in materia di tutela dei dati personali e in particolare con quanto disposto dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati), Sanifonds Trentino intende fornirLe con la presente informativa le dovute informazioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e di eventuale diffusione degli stessi, la natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

- 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 dell'attività di Sanifonds Trentino e di organismi convenzionati afferente al legittimo interesse (es. newsletter, documentazione di riconoscimento, inviti a manifestazioni, indagini di soddisfazione strettamente funzionali al miglioramento del servizio, ecc.).
- 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.
- 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. I tempi di conservazione dei dati sono quelli strettamente necessari per le finalità per i quali sono stati raccolti. I dati personali non verranno trasferiti all'estero fuori della Comunità UE. Il trattamento non comporta processi decisionali automatizzati.
- Il titolare del trattamento è Sanifonds Trentino, con sede legale in Via Degasperi 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.
- 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.
- In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento e, segnatamente:
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
- e proporre reclamo all'Autorità di Controllo.

I diritti di cui al presente art.6 potranno essere esercitati rivolgendosi alla segreteria della Direzione Generale, utilizzando l'indirizzo e mail segreteria@sanifonds.tn.it e specificando, nell'oggetto della comunicazione, il riferimento "Tutela privacy".

Il termine per la risposta all'interessato è, per tutti i diritti (compreso il diritto di accesso), fissato in un 1 mese, estendibili fino a 3 mesi in casi di particolare complessità; il Titolare del trattamento si impegna comunque a dare un riscontro all'interessato entro 1 mese dalla richiesta, anche in caso di diniego.

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



Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2019/01

Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Altre prestazioni

Elenco Codici Prestazioni

A.1. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

A.1.01	VISITA OCULISTICA/ESAME OCCHIO
A.1.02	STUDIO DEL CAMPO VISIVO
A.1.03	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT)
A.1.04	ESAME DEL FUNDUS OCULI
A.1.05	RIPARAZIONE RETINA (LASER)
A.1.06	CORREZIONE LASER ECCIMERI (PRK)
A.1.07	STUDIO TOPOGRAFIA CORNEALE
A.1.08	ANGIOGRAFIA/ANGIOSCOPIA OCULARE
A.1.09	PACHIMETRIA CORNEALE
A.1.10	CORREZIONE PALPEBRALE
A.1.11	PLASTICA PALPEBRA (NON ESTETICA)
A.1.12	VISITA OSTETRICA GINECOLOGICA
A.1.13	VISITA DERMATOLOGICA
A.1.14	VISITA ORTOPEDICA
A.1.15	VISITA FISIATRICA
A.1.16	VISITA CARDIOLOGICA
A.1.17	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
A.1.18	VISITA NEUROLOGICA
A.1.19	VISITA GASTROENTEROLOGICA
A.1.20	VISITA REUMATOLOGICA
A.1.21	VISITA NEUROCHIRURGICA
A.1.22	VISITA PSICOLOGICA
A.1.23	VISITA PSICHIATRICA
A.1.24	VISITA ENDOCRINOLOGICA
A.1.25	ALTRA VISITA
A.1.26	ELETTROCARDIOGRAMMA
A.1.27	RADIOGRAFIA
A.1.28	MAMMOGRAFIA
A.1.29	PRELIEVO/ESAME CITOLOG.(PAP TEST)
A.1.30	ECOGRAFIA
A.1.31	DIAGNOSTICA ECOGR. CAPO E COLLO
A.1.32	RISONANZA MAGNETICA MUSCOSCHEL.
A.1.33	RISONANZA MAGNETICA COLONNA
A.1.34	RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO
A.1.35	ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE
A.1.36	PRESTAZIONI DI LABORATORIO

A.2. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

A.2.01	VISITA/ABLAZIONE/LEVIGATURA
--------	-----------------------------

A.3. CURE ODONTOIATRICHE

A.3.01	TERAPIE CONSERVATIVE
A.3.02	CHIRURGIA ORALE
A.3.03	IMPLANTOLOGIA
A.3.04	PROTESICA ODONTOIATRICA
A.3.05	TERAPIE ORTODONTICHE
A.3.06	TERAPIE CHIRURGICHE IN AMBITO PARODONTALE
A.3.07	DIAGNOSTICA



Richiesta rimborso delle spese sanitarie

Modulo R/2019/01

Spec. Ambulatoriale, Odontoiatria, Altre prestazioni

Elenco Codici Prestazioni

A.4. ALTRE PRESTAZIONI

A.4.01	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
A.4.02	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
A.4.03	PSICOTERAPIA FAMILIARE
A.4.04	LOGOPEDIA
A.4.05	ELABORAZIONE DELLA DIETA
A.4.06	VALUTAZIONE/TRATTAMENTO DIPENDENZ
A.4.07	CICLO PROCREAZIONE ASSISTITA
A.4.08	ORTESI PER PIEDE
A.4.09	APPARECCHI ORTOPEDICI ARTI/BUSTO
A.4.10	PROTESI/ORTESI SPINALI
A.4.11	PROTESI ARTI
A.4.12	AUSILI DEAMBULAZIONE/CARROZZINE
A.4.13	PROTESI ACUSTICHE

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 TRENINO 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)