

2023

Vademecum
per la presentazione
dei rimborsi

FAMILIARI



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

Sommario

03

QUANDO CHIEDERE IL RIMBORSO

Quando chiedere il rimborso	03
-----------------------------	----

04

COME VIENE CALCOLATO IL RIMBORSO

Prestazioni da A.1 a A.13	04
---------------------------	----

07

COME PRESENTARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO PER SPESE ORDINARIE

Area Riservata	07
Email	07
Sede	07

08

COSA TENERE SEMPRE A MENTE...

Scadenze	08
Quanti moduli compilare?	08
730	08
Strutture sanitarie	08
Canali di accesso alle prestazioni	09
Prescrizione medica, quando serve?	09
Alcuni esempi di spese non rimborsabili	09
Focus cure odontoiatriche	10
Alcuni esempi di spese non rimborsabili	10

11

CONTATTI



Quando chiedere il rimborso

ANNO DI RIFERIMENTO

Sono rimborsate le spese sostenute a partire dal **01/01/2023** fino al **31/12/2023**

Periodo di spesa		Quando chiedere il rimborso
Dal 1° gennaio al 31 marzo 2023	>	Dal 1° gennaio al 31 maggio 2023
Dal 1° aprile al 28 dicembre 2023	>	Entro 60 giorni dalla data della fattura
Dal 30 dicembre al 31 dicembre 2023	>	Entro il 29 febbraio 2024



Come viene calcolato il rimborso

Garanzia	Rimborso e tipologia di spese ammesse	Condizioni*
A.1 Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio	<p>Rimborso</p> <p>90% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 700.</p>	
A.2 Diagnostica strumentale	<p>Rimborso</p> <p>90% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 6.000 euro</p>	
A.3 Pacchetto maternità	<p>Rimborso</p> <p>90% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 1.000 euro</p> <p>Il Fondo prevede inoltre un'indennità da ricovero ed eroga euro 100 per ogni giorno (pernottamento) di ricovero per parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Per ciascuna gravidanza vengono rimborsate al massimo 6 visite ostetriche/ginecologiche ● L'indennità da ricovero viene erogata per un ricovero massimo di 7 giorni (pernottamenti) solo in occasione del parto. È necessario presentare la cartella clinica/ lettera di dimissione ● I documenti di spesa relativi alla gravidanza vanno presentati al Fondo in un'unica soluzione entro 60 giorni dalla data dell'evento ● Per la "riabilitazione del pavimento pelvico", l'iscritta dovrà presentare la prescrizione dello specialista (medico ginecologo) datata fino a 4 mesi prima del sostenimento della spesa
A.4 Prevenzione odontoiatrica	<p>Rimborso</p> <p>100% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 30 euro</p>	<p>Il Fondo rimborsa al massimo 1 prestazione all'anno tra visite odontoiatriche, sedute di igiene orale, sedute di levigatura delle radici, scaling</p>

Garanzia	Rimborso e tipologia di spese ammesse	Condizioni
A.5 Cure odontoiatriche generali	Rimborso 90% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 400 euro	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le fatture devono contenere la specifica dei lavori svolti. ○ Le fatture di acconto saranno accettate esclusivamente in presenza del preventivo inerente al piano di cura, dal quale si evincano in modo chiaro le prestazioni previste
A.6 Implantologia	Rimborso <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 impianto: massimo rimborso per l'anno solare di euro 550 ○ 2 impianti: massimo rimborso per l'anno solare di euro 1.000 ○ 3 o più impianti: massimo rimborso per l'anno solare di euro 2.800 	
A.7 Cure ortodontiche	Rimborso 100% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 1.000 euro	<ul style="list-style-type: none"> ○ Terapie ed apparecchi ortodontici dei familiari iscritti sono rimborsabili se il Piano di Cura ha preso avvio dal 01 gennaio 2023 ○ La prima richiesta di rimborso deve essere accompagnata dalla certificazione dell'odontoiatra - redatta e sottoscritta sotto la sua responsabilità - attestante la data di avvio del piano di cura
A.8 Lenti correttive	Rimborso 90% 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 la mini-guida dedicata
A.9 Logopedia e dietologia	Rimborso 100% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 300 euro	

Garanzia	Rimborso e tipologia di spese ammesse	Condizioni*
<p>A.10 Psicoterapia</p>	<p>Rimborso 100% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 200 euro</p>	<p>Il massimale è maggiorato di ulteriori 100 euro nel caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>A.11/A.12 Prestazioni in caso di gravi malattie</p>	<p>Rimborso Prestazioni specialistiche per diagnosi/percorso terapeutico: 90% della spesa sostenuta con un rimborso massimo annuale di 700 euro Prestazioni di riabilitazione e assistenza: 60% della spesa sostenuta con un rimborso massimo annuale di 5.000 euro</p>	
<p>A.13 Prestazioni per la non autosufficienza</p>	<p>Rimborso <u>Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti assistiti a domicilio</u> Copertura base rendita monetaria pari a euro 12.000/annui. Copertura Plus rendita monetaria pari a euro 15.000/annui (con spese sanitarie min. 2.400 euro) <u>Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti ricoverati in RSA</u> Copertura quota privata pari a euro 5.840/annuo</p>	<p>Per le condizioni di ammissibilità e le modalità di accesso alla prestazione si rimanda al Piano Sanitario e alla mini-guida</p>

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

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:

NO

Le lenti
NON sono
rimborsabili

**Prescrizione attestante
la modifica del visus**

i Vedi sul retro le
attestazioni di
modifica del visus
accettate



**Fattura delle lenti
degli occhiali o
delle lenti a contatto**

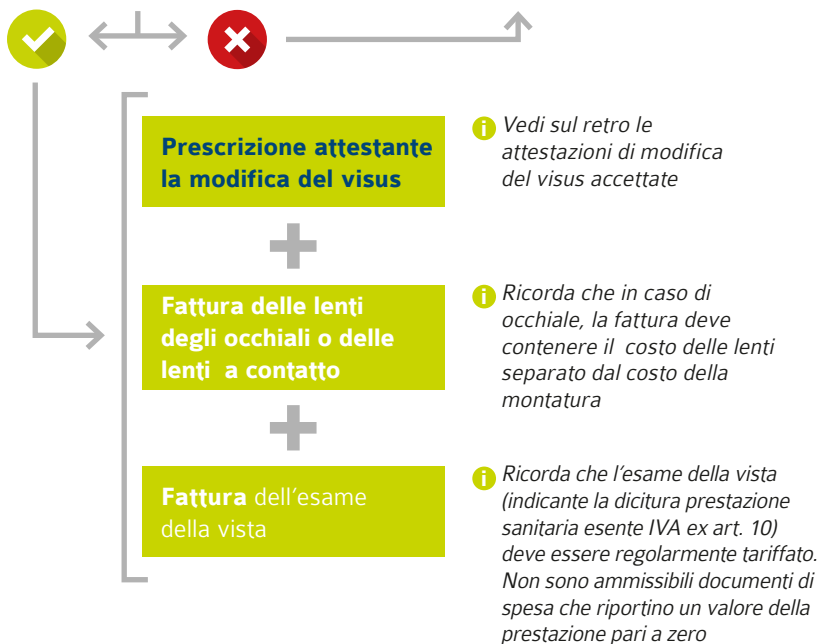
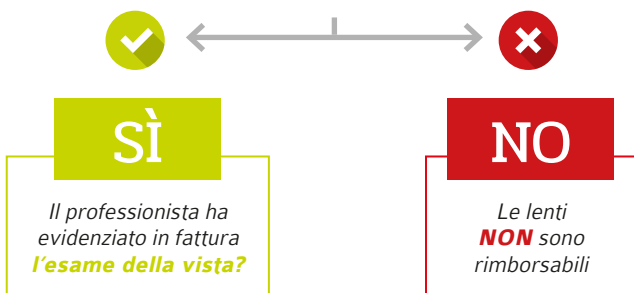
i Ricorda che in caso
di occhiale, la fattura
deve contenere
il costo delle lenti
separato dal costo
della montatura



Sei dall'ottico optometrista

Durante l'esame della vista
l'ottico/optometrista ha rilevato una

MODIFICA DEL VISUS?



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 spese ordinarie

(Modulo FAMILIARI/2023/01)

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 FAMILIARI/2023/01 e la documentazione di spesa all'indirizzo e-mail **rimborsi@gestionesf.it**
- Consegna della documentazione cartacea presso i seguenti **sportelli**:
 - Sanifonds Trentino via Ragazzi del '99, n. 29 – Trento previo appuntamento. Per fissare il tuo appuntamento puoi contattare lo 0461.1919744
 - Sedi degli Enti convenzionati per la raccolta delle pratiche. Alla data di redazione del presente Piano, è attiva la convenzione con l'Associazione Artigiani e Piccole Imprese della provincia di Trento. L'elenco delle sedi è consultabile sul sito www.sia3.it alla sezione come chiedere il rimborso

Nota bene: per le seguenti garanzie è necessario utilizzare

- Per le gravi malattie il modulo FAMILIARI/2023/02
- Per la non autosufficienza il modulo FAMILIARI/2023/03

Tali pratiche possono essere presentate solo presentando la documentazione via mail o con consegna agli sportelli.



Cosa tenere sempre a mente...

LE SCADENZE

- Le richieste di rimborso devono essere presentate secondo le scadenze stabilite. Non è possibile presentare a fine anno un'unica richiesta con tutte le spese.

QUANTI MODULI COMPILARE?

- 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
- 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.

STRUTTURE SANITARIE

- Le prestazioni dei familiari possono essere svolte presso qualsiasi struttura sanitaria. Non vi sono strutture convenzionate per alcuna prestazione
- Non ci sono limiti territoriali per le strutture a cui ti rivolgi: puoi accedere all'interno del territorio provinciale ma anche fuori.

CANALI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONE

- Le regole rimborsuali prevedono il rimborso delle spese sostenute con il sistema sanitario pubblico, in libera professione e privatamente.

PRESCRIZIONE MEDICA, QUANDO SERVE?

- **Le spese che necessitano della prescrizione medica sono...**
 - › Le prestazioni di riabilitazione del pavimento pelvico (prestazione del pacchetto maternità) con prescrizione dello specialista (ginecologo) non più vecchia di 4 mesi rispetto alla data della fattura;
 - › La richiesta del pacchetto lenti correttive (garanzia A.8) 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.

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
 - › I vaccini
 - › Prestazioni eseguite in farmacia (ECG, analisi del sangue, etc.)

FOCUS CURE ODONTOIATRICHE

- In un anno solare, quante volte può essere rimborsata l'igiene orale? Il Fondo rimborsa la spesa sostenuta per 1 igiene orale per anno solare. La seconda igiene potrà essere rimborsata solo per pazienti affetti da malattia parodontale. Tale patologia deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata dal dentista operante nella struttura convenzionata. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere data fino a 12 mesi prima.
- Dove posso svolgere le prestazioni per cure odontoiatriche/ortodontiche? Per i familiari puoi rivolgerti allo studio/professionista di tua scelta
- Posso chiedere il rimborso di fatture di acconto? Sì, le fatture di acconto possono essere presentate al Fondo solo se accompagnate dal preventivo di cure. Tale documento deve riportare in modo chiaro le prestazioni previste e deve avere data contestuale o antecedente rispetto alla fattura di acconto.
- Le fatture del mio dentista riportano la voce generica "cure odontoiatriche". Tali fatture possono essere presentate al rimborso del Fondo? No, è necessario che venga specificata in fattura la tipologia di cura odontoiatrica eseguita e il corrispettivo importo pagato.

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")



Contatti



tel. **0461.1919744**



e-mail **info@sia3.it**



Sportello informativo presso **Sanifonds Trentino**
Via Ragazzi del '99, n° 29 - 38123 Trento



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

www.sia3.it