

PIANO SANITARIO FONDO SANEDIL
MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO
ISCRITTI SANEDIL

AFFINCHÉ SANEDIL E UNISALUTE S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE ENTRAMBI I CONSENSI SOTTOSTANTI

L'ISCRITTO (Nome e cognome) PIETRO PISCITELLI
e C.F. PSC PTR 66 506 C 558D dell'Iscritto Sanedil* (in stampatello)

- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIATIVE EFFETTUATO DA SANEDIL (Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Presso atto di quanto indicato nell'informatica di SANEDIL, sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso SANEDIL non potrà dare esecuzione ai servizi previsti dal Fondo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute.

Luogo e data _____

Firma dell'Iscritto _____

* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE EFFETTUATO DA UNISALUTE S.p.A. (Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Presso atto di quanto indicato nell'informatica di UniSalute S.p.A., sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali annulli o rimborsi).

Luogo e data _____

Firma dell'Iscritto _____

* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (OBBLIGATORI, SALVO INDICATO DIVERSAMENTE)

Cognome	<u>PISCITELLI</u>		Nome	<u>PIETRO</u>	
Nato/a	<u>CERVINO (CE)</u>		Il <u>6/11/66</u>	Codice Fiscale	<u>PSCPTR66506C558D</u>
Residente in via	<u>ELIO MODIGLIANI</u>		N° <u>5/B</u>	CAP	<u>16142</u>
Domicilio (se diverso da residenza)				Località/Comune	<u>GENOVA</u>
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO Tel cellulare			Non obbligatorio E-mail	Prov <u>GE</u>
<input checked="" type="checkbox"/> OPERAIO			<input type="checkbox"/> IMPIEGATO		

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI ISCRITTO MINORENNE)

Nome e Cognome	Codice Fiscale
Nome e Cognome	Codice Fiscale

EVENTUALE DELEGA AL "FACILITATORE" (PREVISTO SOLO PER L'ISCRITTO)

Il/La Sig./Sig.ra XANTO TORRI nato/a a Finale
(Prov. GE), 12/01/1927, a consegnare la presente richiesta di attivazione del servizio e/o richiesta di rimborso, compresa la relativa documentazione eventualmente allegata, presso lo sportello della Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, al solo fine di ottenere le prestazioni previste dal Piano Sanitario Sanedil.

Data 19/06/2023

Firma [Signature]

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

OBBLIGATORIO – Notifica delle coordinate bancarie:

c/c intestato a: PISCITELLI PIETRO - UCCELLATORE Banca/Posta INTESA SANPAOLO S.p.A.

Codice IBAN	<u>IT48003069014960977120801407</u>
-------------	-------------------------------------

NON SONO INTESTATARIO NE' COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Data 19/06/2023

Firma* [Signature]

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Firma dell'Iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA DENUNCIANTE (DA COMPILEARE A CURA DELL'OPERATORE DELLA CASSA)

Cassa edile/Edilcassa di	Codice CNCE
Cognome operatore referente	Telefono
Indirizzo email referente	

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali
Prestazioni pre e post ricovero
copia prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali
Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa
Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)
Trattamenti fisioterapici riabilitativi
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)
Prestazioni odontoiatriche particolari / implantologia / avulsione / ortodonzia / protesi mobili dentarie
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia radiografie e referiti radiografici (in caso di implantologia)
diario clinico
Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizione medica con quesito diagnostico
copia radiografia pre e post prestazione e relativi referiti
diario clinico

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cure odontoiatriche conservative | <input type="checkbox"/> |
| copia fatture e/o ricevute fiscali | |
| diario clinico | |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni diagnostiche particolari | <input type="checkbox"/> |
| copia fatture e/o ricevute fiscali | |
| Protesi ortopediche e acustiche | |
| copia prescrizioni mediche | |
| copia fatture e/o ricevute fiscali | |
| Lenti | |
| copia fatture e/o ricevute fiscali | |
| copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista / oculista | |
| Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o gravi patologie | |
| <input type="checkbox"/> copia fatture e/o ricevute fiscali | <input type="checkbox"/> |
| copia documentazione medica | |
| copia documentazione INAIL | |
| Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute) | |
| <input type="checkbox"/> copia fatture e/o ricevute fiscali | <input type="checkbox"/> |
| copia documentazione come indicato in Guida | |
| Ticket per ecografie in gravidanza | |
| copia fatture e/o ricevute fiscali | |
| SEZIONE COVID-19 | |
| Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19 | |
| copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19) | |
| Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19 | |
| copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19) | |

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accelerare la valutazione ed il rimborso.

Si allega la copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO
661/22	12/11/22	600,00
266/23	11/05/23	600,00
125/23	06/02/23	200,00

NUMERO	DATA	IMPORTO
251/23	04/05/23	600,00

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____

(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

DATA: ____ / ____ / ____ ORARIO: _____

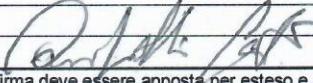
Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida; Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal proprio datore di lavoro (sempre necessaria).

Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione/prestazione odontoiatrica, non è richiesta copia della prescrizione del medico curante.

In caso di Visite Specialistiche indicare l'eventuale nome del medico: _____

Data 19/06/2023

Firma*


La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Firma dell'Iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome

DATI DEL PAZIENTE														
Cognome e Nome	PISCITELLI PIETRO													
Nato a CERVINO (GE)	11/11/66	Codice Fiscale	IPISICIPITR66S06C558D											
Residente a GENOVA				Prov. GE	CAP 16142									
Via/Piazza ELIO MODIGLIANI		N° 5/2	N° tel. 3474762552											

DATI DEL DENTISTA														
Cognome e Nome	ODINO PAOLA													
Nato a GENOVA	01/12/1968	Codice Fiscale	DINOFILIA68T40D969R											
Residente a GENOVA				Prov. GE	CAP 16123									
Via/Piazza DI PORTA SOPRANA		N° 9/4	N° tel.											
														0102465859

DIARIO CLINICO																		
CODICE DI RIFERIMENTO UNISALUTE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROSETTA I SETTORI INTERESSATI)														IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE	
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	18	17	16	15	X	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
70PF03	CORONA/FACSETTA IN CERAMICA, QUALESiasi TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	18	17	16	15	X	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
70PF05	PERNO MONcone ENDOCANALARE O ABUTMENT IMPLANTARE	18	17	16	15	X	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
ALTRE PRESTAZIONI PRESENTI IN FATTURA MA NON COPERTE	ALTRE PRESTAZIONI NON RIENTRANTI NELL'ELENCO PRECEDENTE INDICARE L'IMPORTO RESIDUO RISPETTO ALLE VOCI PRECEDENTI																	
	TOTALE														1600,00			

Data
11/05/2023

Firma e timbro dell'odontoiatra

Dott. PAOLA ODINO
 ODONTOIATRA
 Via di Porta Soprana, 9/4 - 16123 Genova
 Tel. 010.246.58.59
 Partita IVA 03632570101
 Cod. Fisc. DNO PLA 68T42 D989R

Dott. PAOLA ODINO
ODONTOIATRA
 Via di Porta Soprana, 9/4 - 16123 Genova
 Tel. 010.246.58.59
 Partita IVA 03632570101
 Cod. Fisc. DNO PLA 68T42 D9691

RICEVUTA n. 125/2023

data 04/03/2023

SIG. PISCITELLI PIETRO
VIA MODIGLIANI 5/2 GENOVA
 Cod. Fiscale PSCPTR66S06E558D Part. IVA _____
 descrizione della prestazione sanitaria o della cessione importo
nuovo cielo di messa a fuoco
adattamento anche di tempo
potere 200,00

RITENUTA DI ACCONTO
 (in caso di prestazioni a imprese)

€

FIRMA PER QUIETANZA

Totale	€	200,00
bollo o IVA	%	2,00
da pagare	€	202,00



La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente
 da IVA ai sensi dell'Art. 10, comma 1, n. 18, del
 D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni, e
 soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta
 rilasciata in caso di prestazione di altro genere o
 di cessione di beni è soggetta ad IVA.

In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad
 operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto
 sul lavoro autonomo.

Dott. PAOLA ODINO
 ODONTOIATRA
 Via di Porta Soprana, 9/4 - 16122 Genova
 Tel. 010.246.58.59
 Partita IVA 03632570101
 Cod. Fisc. DNO PLA 68T42 D969R

RICEVUTA n. 266/2023

data 11/5/2023

SIG PISCITELLI PIETRO
 VIA ELO MODIGLIANI 5/2 GENOVA

Cod. Fiscale P.SCPTR 66506C558D Part. IVA

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione

importo

Un ciclo di prestazioni
 odontoiatriche di tipo
 protesico 400,00

BONIFICO

RITENUTA DI ACCONTO
 (in caso di prestazioni a imprese)

FIRMA PER QUIETANZA

Totale	€	400,00
bollo o IVA	%	2,00
da pagare	€	402,00



0 1 17 015615 719 1

La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'Art. 10, comma 1, n. 18, del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.

In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di conto sul lavoro autonomo.

SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA

Dott. PAOLA ODINO

ODONTOIATRA

Via di Porta Soprana, 9/4 - 16123 Genova

Tel. 010.246.58.59

Partita IVA 03632570101

Cod. Fisc. DNO PLA 68T42 D969F

RICEVUTA n. 661/2022

Data

12/11/2022

SIG. PISCITELLI PIETRO

VIA EUGIO RADIGLIANI 512 GENOVA

C.F. PSCPTR66S06C558D

P.IVA

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE

IMPORTO

600,00

Un ciclo di prestazioni
Odontoiatriche di tipo
protetico

N° 1 IMPIANTO (14)

Pos

RITENUTA D'ACCONTO
(in caso di prestazioni a imprese)

€
Ol

FIRMA PER QUIETANZA

TOTALE

600,00
2,00

Bollo
o IVA %

da Pagare €

602,00



01170157406902

La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente
da IVA ai sensi dell'art. 10, comma, 1, n. 18 del D.P.R.
633/1972 e succ. modif., e soggetta a eventuale
imposta di bollo di cui al D.P.R. 642/1972 e succ.
modif.; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di
altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.

In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è
obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della
itenuta di acconto sul lavoro autonomo.

1

Dott. PAOLA ODING
ODONTOIATRA
Via di Porta Soprana, 9/4 - 16123 Genova
Tel. 010.246.58.59
Partita IVA 03632570101
Cod. Fisc. DNO PLA GST42 Doggi

RICEVUTA n. 251/2023

data 4-5-2023

SIG PISCITELLI PIETRO
VIA EUGO MODIGLIANI 512 GENOVA

Cod. Fiscale PS.CPT.R66506C552b Part. IVA

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione	importo
Un ciclo di prestazioni odontoiatriche di tipo protesico	600,00

BONIFICO

RITENUTA DI ACCONTO
(in caso di prestazioni a imprese)

FIRMA PER QUIETANZA

Totale	€	600,00
bollo o IVA	%	2,00
da pagare	€	402,00



U 1 17 015615 704 3

La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'Art. 10, comma 1, n. 18, del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.

In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.

DOSWIN 5.17.0

Studio: DOTT ODINO

Pischelli, Pietro, 22/01/2022

File 1.Radiografia 2. Immagine

Elaborare

Ozioni

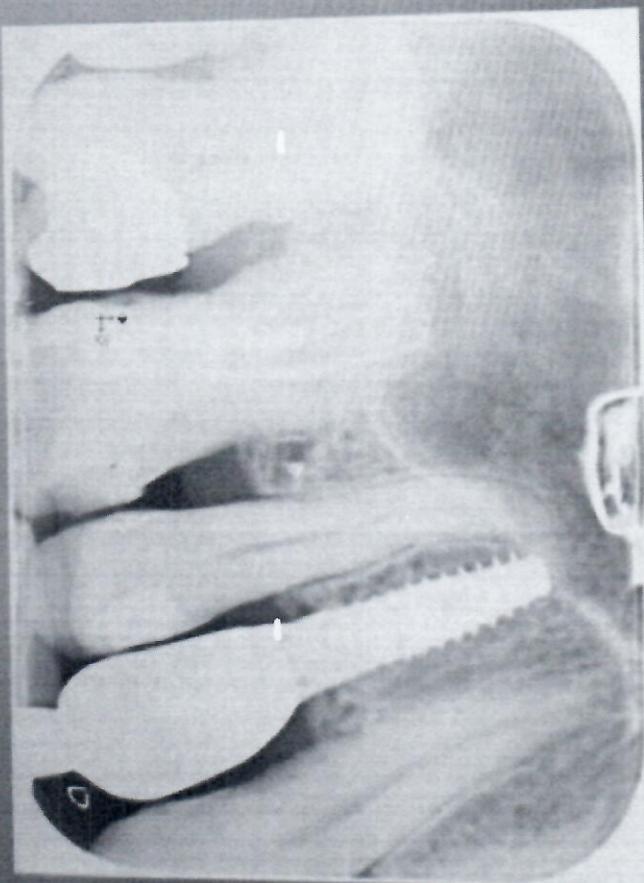
Controlli

Auto

1 tab Unimoda

Patient

Radiographie



DBSWIN 5.17.0

Studio: DOTT ODINO

Piscitelli, Pietro, 22/01/2022

File

Tabella luminosa

Immagine

Elaborare

Opzioni

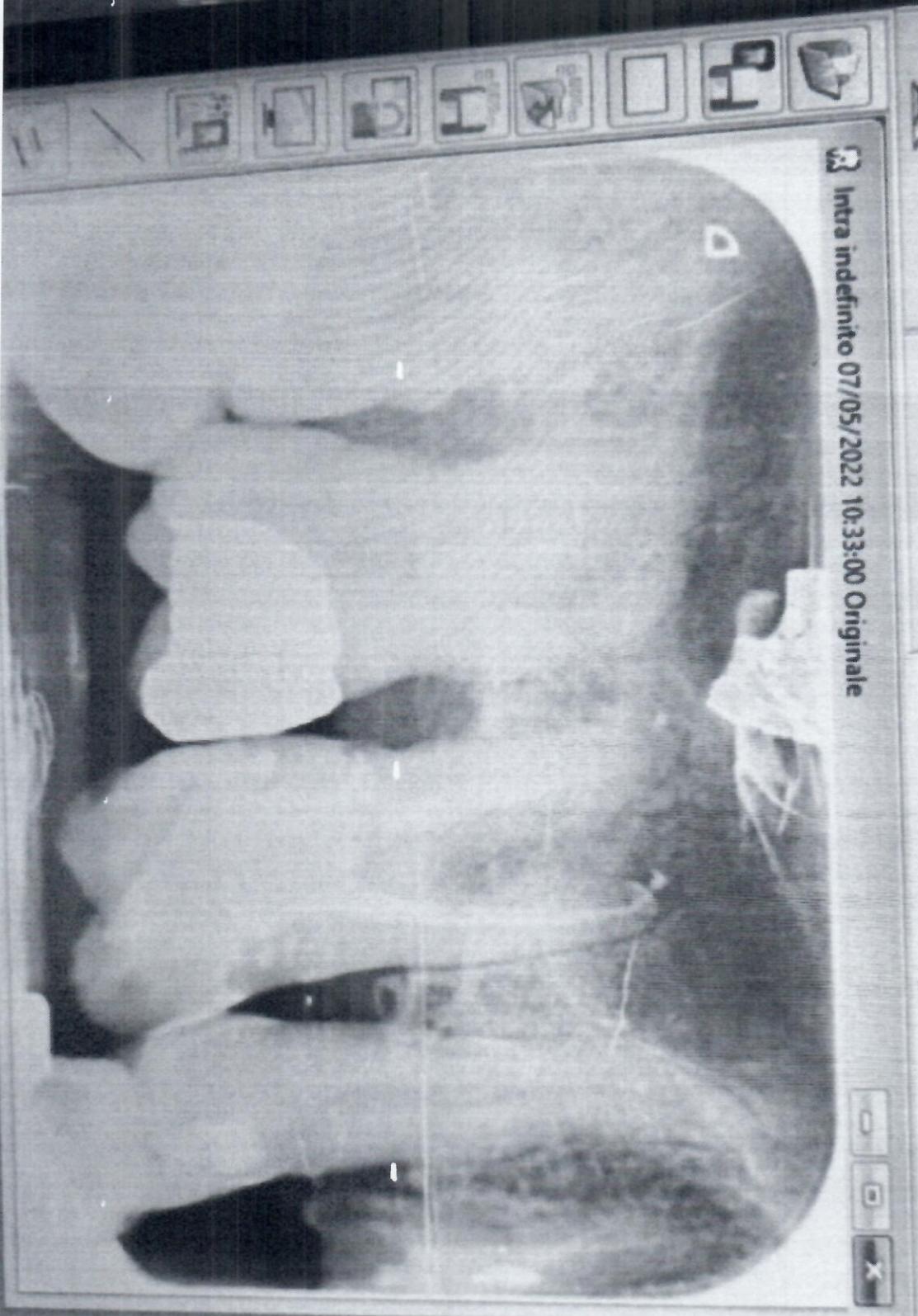
Controlli Aiuto

Paziente

Radiografia

Tab luminosa

3 Intra indefinito 07/05/2022 10:33:00 Originale



le Tabella luminosa Immagine Elaborare Opzioni Controlli Aiuto



Paziente

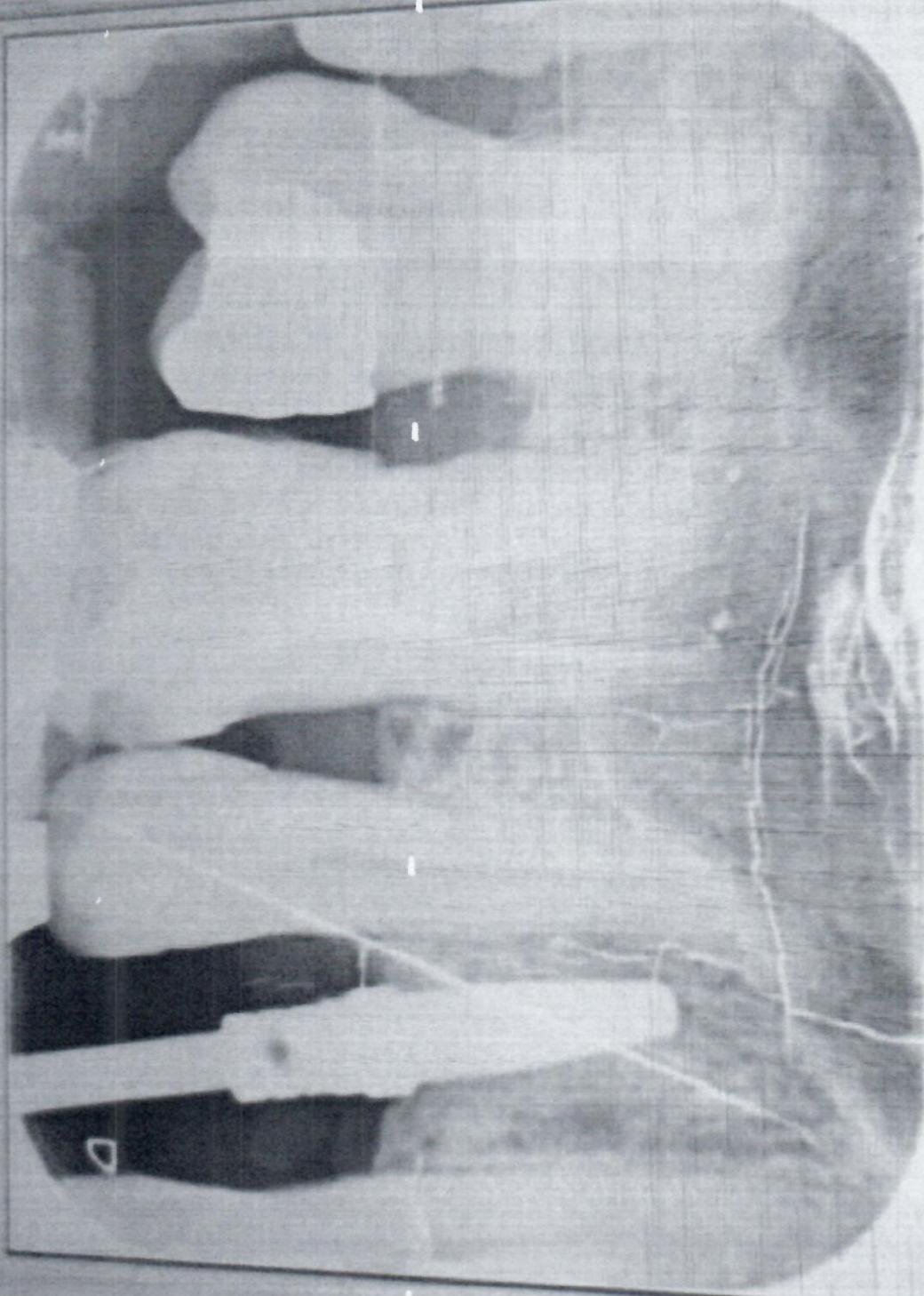


Radiografia



Tab. luminosa

3 14 12/11/2022 09:24:07 Originale



Grafica & elaborazione imm



Scaligra

○ < > 45
✖ < > 50
✓ < > 14

Filti speciali

Inolare da dati originali



SWIN 5.17.0

Studio: DOTT ODINO

Piscitelli, Pietro, 22/01/2022

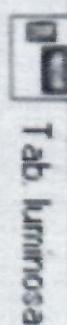
Tabella luminosa

Immagine

Elaborare

Opzioni

Controlli Auto

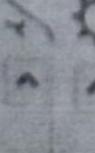


14 12/11/2022 09:36:16 Originale

Grafica & elaborazioni



Scala grigi



Filtri speciali

Invertire dati dati originali

