

**SCHEDA RICHIESTA RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE**

**AVVERTENZE:**

- SCRIVERE IN STAMPATELLO
- Se la richiesta di rimborso è effettuata per familiare convivente fiscalmente a carico ricordarsi di COMPILARE e ALLEGARE anche la **SCHEDA 4- dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari fiscalmente a carico**

Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Residenza:**

Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**Domicilio – da compilare solo se diverso dalla Residenza:**

Presso \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici:**

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
 Altri recapiti \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie (o di conto corrente postale):**

Intestatario Conto Corrente \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN (inserire un solo carattere/numero per ogni casella):**

Paese 2 lettere	CIN EUR 2 numeri	CIN 1 lettera	ABI – 5 numeri	CAB – 5 numeri	NUMERO CONTO C/C – 12 numeri

**In caso di mancanza di c/c bancario o postale contattare il numero verde per concordare le modalità di pagamento.**

**ELENCO DOCUMENTAZIONE da spedire a mezzo posta:**

Segnare con una **crocetta** la documentazione allegata

- Numero copie contratto/i di lavoro spediti \_\_\_\_\_;
- Copia busta paga più recente;
- Scheda 4 – Dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari conviventi fiscalmente a carico;
- Modulo autorizzazione trattamento dati sensibili debitamente firmato;
- FATTURA QUIETANZATA emessa da un medico odontoiatra con la specifica dei lavori eseguiti,
- Scheda 5-elenco prestazioni odontoiatriche rimborsabili compilato, firmato e timbrato dal medico odontoiatra.

**NOTE:**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento assistenziale per i lavoratori somministrati a tempo determinato del Fondo Ebitemp del 30 dicembre 2008.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ELENCO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE RIMBORSABILI**  
**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO ODONTOIATRA con indicazione dei lavori eseguiti.**

**PARADONTOLOGIA**

**SPESA**

Chirurgia gengivale per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)	
Chirurgia muco-gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)	
Chirurgia ossea (incluso qualsiasi tipo di lembo di accesso - inclusa sutura) trattamento completo per emiarcata	
Inserimento di materiale biocompatibile (incluso qualsiasi tipo di lembo) - per emiarcata	

**CONSERVATIVA**

**SPESA**

Intarsi in LP o ceramica - inlay o onlay compreso provvisorio - ad elemento

**ENDODONZIA**

**SPESA**

Cura canalare completa 1 canale (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento - comprese RX endorali	
Cura canalare completa 2 canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento - comprese RX endorali	
Cura canalare completa 3 o più canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento - comprese RX endorali	

**IMPLANTOLOGIA**

**SPESA**

Impianti osteo-integrati (ricoperti in ceramica, carbon-vitreous, idrossiapatite, titanio puro) - per elemento - come unica prestazione	
Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - Intervento ambulatoriale - per emiarcata	

**PROTESI FISSE**

**SPESA**

Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	
Corona LNP o LP e ceramica o ceramica fresata o ceramica-allumina o vetroresina (per elemento)	

**PROTESI MOVIBILI**

**SPESA**

Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi - per arcata)	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi (per emiarcata)	
Protesi totale con denti in resina o ceramica (per arcata)	
Protesi totale immediata (per arcata)	

**GNATOLOGIA**

**SPESA**

Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta	
Placca diagnostica o ortotico o byte - sistema indiretto	
Placca diagnostica o ortotico o byte - sistema diretto	

**ORTODONZIA**

**SPESA**

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o apparecchiature di contenzione (qualsiasi tecnica - per arcata e per anno)	
---	--

TIMBRO

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO

FIRMA MEDICO ODONTOIATRA \_\_\_\_\_

**Informativa ex art.13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati sensibili**

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i dati idonei a rivelare lo stato di salute, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati, nei limiti dell'Autorizzazione generale del Garante per le finalità previste dallo statuto e dal regolamento sociale della Cassa Mutualistica Interaziendale;
2. Il trattamento dei dati sarà informatizzato;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'esecuzione di quanto contemplato dalla forma di assistenza previsto dal Fondo Ebitemp per la tutela sanitaria dei lavoratori somministrati a tempo determinato. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contenuto del Regolamento assistenziale per i lavoratori somministrati a tempo determinato e in particolare la mancata erogazione di sussidi e rimborsi.
4. I dati potranno essere comunicati esclusivamente per adempiere a quanto previsto dal Regolamento a categorie di soggetti eventualmente interessati come istituti di credito e bancari, compagnie d'assicurazione, cliniche private o aziende ospedaliere, enti per la gestione di servizi amministrativi. I dati non saranno oggetto di diffusione;
5. Il titolare del trattamento è l'associazione Cassa Mutualistica Interaziendale, con sede in Milano via Giovanni Da Procida, 24, nella persona del presidente sig. Valerio Ceffa, ivi elettivamente domiciliato;
6. Il responsabile del trattamento è il sig. Valerio Ceffa;
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

**Decreto Legislativo n.196/2003, - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di 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.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) 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.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) 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;
  - c) 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.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**Consenso per il trattamento di dati sensibili**

**Luogo** ..... **Data** .....

**Cognome** ..... **Nome** .....

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati "*idonei a rivelare.....lo stato di salute....*":

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

**Firma leggibile** .....

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

**Firma leggibile** .....