

## MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

### 01. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo Recapito Postale \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Telefono Cel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
**Obbligatorio** **Obbligatorio** - per ricevere notifiche sulla presente richiesta e altre comunicazioni  
**No PEC**

Dipendente dell'agenzia per il lavoro \_\_\_\_\_

Contratto di lavoro in somministrazione  Tempo determinato  Tempo indeterminato  Apprendistato  
 comprese tutte le proroghe

Data inizio rapp. di lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data fine rapp. di lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Totale importo preventivo \_\_\_\_\_

### 02. DATI FAMILIARI

solo in caso di rimborso per familiari a carico

Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____
Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____
Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____
Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____

### 03. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario  Bonifico Domiciliato

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

**Attenzione:** In caso di bonifico domiciliato il lavoratore non riceverà alcun assegno a casa ma dovrà ritirare i soldi presso un qualsiasi ufficio postale entro e non oltre **30 gg** dal pagamento di cui sarà data comunicazione.

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

# ALLEGATO 1

## AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

### Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

#### INFORMATIVA

(ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 26 D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

In osservanza a quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, Le forniamo le informazioni dovute in ordine alle finalità di trattamento dei Suoi dati personali, alla natura dei dati richiesti, alle modalità di trattamento e conferimento degli stessi nonché al loro ambito di comunicazione.

- 1) Finalità del trattamento** Il trattamento dei Suoi dati, personali e sensibili, verrà effettuato da Ebitemp nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti al fine di: a) consentire l'accesso alle prestazioni erogate da Ebitemp; b) consentire ad Ebitemp il perseguimento degli scopi statistici di cui all'art. 4, comma 4, lettera b) D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196; c) consentire ad Ebitemp l'invio a mezzo mail di materiale informativo e promozionale in relazione ad attività ed argomenti di interesse comunque connessi al lavoro temporaneo.
- 2) Natura dei dati** Il trattamento avrà ad oggetto sia i Suoi dati personali sia i Suoi dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d) del D. Lgs. 196/2003, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Il trattamento riguarderà sia i dati, personali e sensibili, forniti contestualmente alla sottoscrizione della presente autorizzazione sia i dati, personali e sensibili, che dovessero essere ulteriormente richiesti da Ebitemp per consentire il perseguimento delle finalità indicate nella presente informativa.
- 3) Modalità di trattamento** Il trattamento dei dati, sia personali che sensibili, sarà effettuato da personale di Ebitemp mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei sia attraverso l'ausilio i strumenti elettronici ad opera di soggetti a ciò appositamente incaricati. Ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 31 e seguenti D. Lgs. 196/2003 e mediante l'adozione delle misure minime previste dal disciplinare tecnico. In particolare, il trattamento prevede: la raccolta dei dati personali e sensibili sotto forma di schede dati (cartacee e/o informatiche), l'inserimento delle informazioni in banche dati (cartacee e/o informatiche), l'archiviazione conservativa dei documenti ricevuti e la eventuale comunicazione delle informazioni, delle banche dati e dei documenti ricevuti. I dati raccolti saranno conservati e trattati per il periodo necessario al raggiungimento delle finalità indicate al punto 1).
- 4) Natura del conferimento** Il conferimento dei dati, sia personali che sensibili, è facoltativo. Tuttavia, il mancato conferimento o il conferimento di informazioni errate ha come conseguenza l'impossibilità di conseguire le finalità indicate al punto 1) e, in particolare modo, l'impossibilità di garantire l'erogazione delle prestazioni fornite da Ebitemp.
- 5) Ambito di comunicazione** I Suoi dati, sia personali che sensibili, potranno essere comunicati da Ebitemp:
  - alla Cassa Mutualistica Interaziendale, con sede in Milano, Viale San Gimignano 30/32, che gestisce per conto di Ebitemp la prestazione Tutela Sanitaria;
  - alla Go Project S.r.l., con sede in Roma, alla via Alessandria, 88, che oggi gestisce per conto di Ebitemp i servizi di preparazione e invio del materiale informativo e promozionale;
  - alla Italian Moving Network Inc., con sede in Roma alla via Oreste Ranalletti, 61/63, che oggi gestisce per conto di Ebitemp il servizio di archiviazione dei dati raccolti;
  - a società terze e/o università e/o fondazioni che, nel trattare i dati raccolti in forma aggregata ed anonima, gestiscono per conto di Ebitemp le attività necessarie al conseguimento degli scopi statistici di cui all'art. 4, comma 4, lettera b) D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196.
- 6) Diritti dell'interessato** In qualunque momento, l'interessato può far valere i propri diritti, come espressi dagli articoli 7, 8, 9 e 10 D. Lgs. 196/2003, rivolgendosi direttamente al Titolare del trattamento. In particolare, l'interessato ha diritto di ottenere: l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità di 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'articolo 5, comma 2, D. Lgs. 196/2003, 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. L'interessato ha diritto di 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 sopra 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. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché non pertinenti allo scopo della raccolta, 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.
- 7) Titolare del trattamento** Il Titolare del trattamento dei dati, sia personali che sensibili, è Ebitemp, con sede in Roma, al Corso Vittorio Emanuele II, 269;

#### CONSENSO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (c.f. \_\_\_\_\_)

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d) D. Lgs. 196/2003, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato,

#### AUTORIZZA

Ebitemp al trattamento dei propri dati, sia personali che sensibili, necessari allo svolgimento delle operazioni ed al perseguimento delle finalità indicate nell'informativa,

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZA

Ebitemp all'invio a mezzo email di comunicazioni di carattere informativo e promozionale all'indirizzo di posta elettronica da me fornito

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZA

Ebitemp alla comunicazione dei propri dati, sia personali che sensibili, ai soggetti ed alle categorie di soggetti indicati nell'informativa,

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

## 01. DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RIMBORSO PER FAMILIARI A CARICO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARO

che per l'anno \_\_\_\_\_

Il mio nucleo familiare a carico fiscalmente (sono considerati a carico fiscalmente i familiari che nell'anno in corso non possiedono redditi propri superiori a 2.840.51 euro) è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

PARENTELA	NOME	COGNOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE	FISCALMENTE A CARICO
Coniuge					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%

Dichiaro inoltre di essere consapevole che Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale hanno la facoltà di richiedere in visione la documentazione relativa allo stato di famiglia ed al reddito del familiare per il quale è richiesto il rimborso e, qualora la suddetta certificazione non risultasse veritiera, la Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale, hanno diritto ad ogni azione disciplinare prevista dallo Statuto/Regolamento, al recupero delle somme erogate ed al risarcimento dell'eventuale danno.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:** Ai sensi dell'articolo 75 D.P.R. n. 445/2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive sono considerate come fatte a Pubblico Ufficiale. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**Manifestazione del consenso per i familiari a carico ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 (Privacy)** ...Io sottoscritt... dichiara di essere stato messo a conoscenza delle informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e con la presente esprime liberamente il consenso, ai sensi degli artt. 23, 24, 26 del D.Lgs. n. 196/2003, alla comunicazione dei dati personali e sensibili dei propri familiari ai soggetti indicati alla elaborazione dei dati finalizzati esclusivamente alla elaborazione dei rimborsi, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. citato.

### Luogo, data e firma del richiedente per gli assistiti minorenni

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Manifestazione del consenso degli assistiti maggiorenni:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio dentistico \_\_\_\_\_ Data preventivo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data inizio cure \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Importo preventivo \_\_\_\_\_

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--------

### CHIRURGIA DENTALE

Estrazione per dente				
----------------------	--	--	--	--

### CONSERVATIVA

Otturazione diretta (una per dente qualsiasi classe e materiale)				
Intarsio				

### ENDODONZIA

Cura canalare completa ( compresa qualsiasi tipo di otturazione, compresi ritrattamenti ), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX endorali (per dente)				
--	--	--	--	--

### IMPLANTOLOGIA

Impianti osteo-integrati				
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)				

## MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	----------------------------------	---------------------	--------

### PROTESI FISSE

Perno moncone su dente naturale				
Corona provvisoria (per dente o impianto)				
Corona definitiva (per dente) qualsiasi tipo qualsiasi materiale				

### PROTESI MOBILI

Apparecchio scheletrato ( struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)				
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per arcata				
Protesi rimovibile su impianti compresi barra e attacchi				
Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata				
Protesi totale immediata, per emiarcata e per anno				

### GNATOLOGIA

Placca diagnostica o ortotico o bite				
--------------------------------------	--	--	--	--

### ORTODONZIA

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

## MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	----------------------------------	---------------------	--------

### ALTRE PRESTAZIONI


# MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

## ANAMNESI DEL PAZIENTE ALLA PRIMA VISITA

Rappresentare la situazione rilevata al momento della prima visita (utilizzare scheda e legenda sottostanti)

**Non indicare le prestazioni oggetto di questo preventivo**

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	

### Legenda

- X= DENTE MANCANTE;
- O=OTTURAZIONE;
- C=CORONA O ELEMENTO DI PONTE (QUALSIASI MATERIALE DENTE O IMPIANTO);
- I=IMPIANTO;
- INT= INTARSIO;
- D=DEVITALIZZAZIONE;
- RIC=RICOSTRUZIONE CON PERNO

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma odontoiatra \_\_\_\_\_

## Norme e allegati

# AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

### NORME E MODALITÀ RILASCIO AUTORIZZAZIONE

- Il presente modulo di autorizzazione deve essere corredato da ortopantomografia pre-trattamento nel caso in cui l'importo totale del preventivo superi 300 €. Il costo dell'ortopantomografia sarà rimborsato dal Fondo con un massimale di 30 €.
- Eventuali variazioni del piano di cure dovranno essere tempestivamente comunicate e dovranno essere autorizzate ai fini dell'attivazione dell'assistenza.
- Entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione di questo modulo le verrà rilasciata tramite e-mail l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o la richiesta di eventuale documentazione mancante.
- Ricordarsi di indicare nel modulo il proprio indirizzo mail (no PEC).
- L'autorizzazione conterrà l'indicazione dei documenti necessari per effettuare la richiesta di rimborso nonché l'importo massimo rimborsabile.
- L'autorizzazione di cure riferite a preventivi di importo inferiore a € 300 potrà essere rilasciata esclusivamente trascorsi sei mesi dalla data della precedente autorizzazione.
- Non potranno essere in nessun caso rimborsate prestazioni non autorizzate in precedenza.
- L'autorizzazione conterrà l'indicazione dei documenti necessari per effettuare la richiesta di rimborso nonché l'importo massimo rimborsabile.
- La documentazione inviata non verrà restituita.
- Al fine di garantire l'erogazione della prestazione richiesta, i gestori si riservano il diritto di richiedere all'interessato documentazione ulteriore e diversa rispetto a quella sopra indicata, o la documentazione in originale.



## ALLEGATI

# AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Le richieste di rimborso possono essere inviate **entro 90 giorni** dal pagamento delle prestazioni tramite  
**Raccomandata con ricevuta di ritorno** all'indirizzo:  
Ebitemp C/O Cassa Mutualistica Interaziendale - Viale San Gimignano, 30/32 – 20146 Milano

### DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- ✓ Modulo preventivo corredato di scheda visita con timbro e firma del medico odontoiatra/ortodontista;
- ✓ In caso di cure ortodontiche allegare il referto dello studio del caso ortodontico, con timbro e firma del medico ortodontista, contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire, la tecnica da utilizzare, la durata prevista del trattamento e la data di inizio della cura.
- ✓ Per i lavoratori con contratto di somministrazione a tempo determinato: copia dei contratti ed eventuali proroghe;
- ✓ Per i lavoratori con contratto di somministrazione a tempo indeterminato: copia del contratto, lettere di assegnazione ed eventuali proroghe;
- ✓ Autorizzazione al trattamento dei dati personali (**allegato 1**);
- ✓ Copia della più recente busta paga percepita;
- ✓ Fotocopia codice fiscale e documento d'identità;

### In caso di richiesta di rimborso per familiare fiscalmente a carico, allegare in aggiunta:

- ✓ Dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari fiscalmente a carico
- ✓ Codice fiscale del paziente/familiare

## ATTENZIONE

**Ricordarsi di indicare nel modulo il proprio indirizzo mail (no PEC). Il lavoratore riceverà via mail le comunicazioni relative alla propria richiesta di rimborso (esito, sospensione, richiesta eventuali integrazioni, avviso di pagamento).**

**La documentazione inviata alla Cassa Mutualistica Interaziendale non verrà restituita.**

**Al fine di garantire l'erogazione della prestazione richiesta, Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale si riservano il diritto di richiedere all'interessato documentazione ulteriore e diversa rispetto a quella sopra indicata, o la documentazione in originale.**

**Ricordiamo che l'importo delle spese sanitarie oggetto di rimborso non potrà essere portato in detrazione in sede di dichiarazione dei redditi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.**