

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:

– **CASDIC** –

Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale Dipendente del Settore del Credito

Casella Postale 67 – 31021 Mogliano veneto (TV)

Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio

Gestione Iscritti/Aderenti in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")

E-mail _____ @ _____

Numero matricola _____ Azienda di appartenenza _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione di eventuale documentazione

Via _____ n. _____ Città _____ (_____)

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Il medico odontoiatra dovrà sottoscrivere la/le prestazione/i eseguite per le quali viene chiesto il rimborso, compilando il dettaglio allegato al presente modulo.

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture (in caso di fatture relative ad annualità diverse, dovranno essere compilati due o più distinti moduli di rimborso):

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)**	Importo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

* La Cassa si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie.

In presenza di altre analoghe coperture, per la spesa sostenuta, per se stesso e/o per i familiari beneficiari, l'iscritto ha l'obbligo di darne formale comunicazione alla Cassa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto **dichiara** di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO EVENTO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

***SE SI, SPECIFICARE ANCHE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

In caso di documentazione afferente **RICOVERO** (Intervento Ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare il seguente riquadro:

Periodo degenza: dal _____ al _____ **Con Intervento** **Senza Intervento** **Diaria Sostitutiva**

Fatture afferenti il: **Pre-ricovero** **Ricovero** **Post-ricovero**

N° altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

N.B.: In caso di **RICOVERO** è sempre necessario allegare la cartella clinica

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

- certificato di pronto soccorso
 verbale dell'autorità giudiziaria

COORDINATE BANCARIE DELL'ADERENTE, da indicarsi solo in caso di variazione di quanto comunicato in sede di adesione alla Cassa - Codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□

Data compilazione: _____ **Firma del Titolare:** _____

Firma del beneficiario della prestazione _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 e 23 del D.Lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Cassa di Assistenza, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi (Previmedical S.p.A...), Broker, RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____ **Firma del Titolare:** _____

Firma per Consenso del Beneficiario della prestazione _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

N.B.: Per ottenere i rimborsi relativi a cure dentistiche, è necessario compilare la scheda che segue.

A - PARTE GENERALE – IGIENE – PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Vincoli Tecnici sulle Prestazioni	Limiti Temporalmente alle Prestazioni	Numero delle Prestazioni Eseguite	Dente/i Sede/i
03	Rx endorale (per due elementi)				
04	Fotografia digitale endorale	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)		
05	Ortopantomografia				
06	Teleradiografia		Una sola volta		
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi		
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi		
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni		
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta		
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta		

B – CHIRURGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni	Numero delle Prestazioni Eseguite	Dente/i Sede/i
14	Estrazione di dente o radice				
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	Comprovata da rx			
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	Comprovata da rx			
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	Comprovata da rx			
17	Rizotomia e relative endorali	Comprovata da rx			
48	Rizectomia - per elemento	Comprovata da rx			
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di accesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	Comprovata da rx o foto digitale endorale			

C - CONSERVATIVA – ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni	Numero delle Prestazioni Eseguite	Dente/i Sede/i
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento		
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento		Ogni 5 anni		
62	Terapia endodontica ad un canale	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx			
51	Ritrattamento endodontico un canale	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx			
63	Terapia endodontica a due canali	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx			
52	Ritrattamento endodontico a due canali	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx			
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx			
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx			
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx			

F – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni	Numero delle Prestazioni Eseguite	Dente/i Sede/i
40	Placca oclusale o bite	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli		
41	Molaggio selettivo per arcata	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta		
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	Da allegare alla fattura	Una sola volta		

TOTALE GENERALE DELLE PRESTAZIONI PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO	
AREA	TOTALE AREA IN EURO
A - PARTE GENERALE – IGIENE – PARODONTOLOGIA	EURO _____
B – CHIRURGIA	EURO _____
C - CONSERVATIVA – ENDODONZIA	EURO _____
F – GNATOLOGIA	EURO _____

Data compilazione: _____

Firma e Timbro dell'Odontoiatra: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. LGS. N. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), CASDIC, Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale Dipendente del Settore del Credito, di seguito per brevità la Cassa, in qualità di Titolare del Trattamento, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei Suoi dati personali e sulla tutela dei Suoi diritti. Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi dell' art. 23 del Codice Privacy, sarà necessario acquisire il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, si precisa quanto segue.

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni o anche sensibili.

Ai sensi del summenzionato Codice Privacy, sono comuni, a titolo esemplificativo, i seguenti dati personali, anagrafici ed identificativi: cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; coordinate bancarie; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, sesso, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati personali di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) oltre, a titolo di completezza, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

I dati comuni e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro alla Cassa saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti alla Cassa, sono effettuati:

- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo a cui la Cassa è soggetta (ad es. ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, etc.); il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso.
- per la finalità di erogare, ai soggetti aventi i requisiti statutari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il trattamento consiste nell'iscrizione alla Cassa; nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso: il rifiuto di fornirli può comportare l'impossibilità per la Cassa a prestare il servizio.
- per finalità accessorie a quelle della Cassa quali, a titolo esemplificativo, per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, la Cassa, e così pure i responsabili a ciò

preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni più idonea misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, dispositivi antincendio e continuità elettrica, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori della Cassa, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità della Cassa stessa e in conformità alle istruzioni che saranno dal medesimo impartite, nonché da consulenti, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 3.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, la Cassa ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- Compagnie di Assicurazione e Riassicurazione, Service amministrativi, Broker, Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale Operativa e di Contact Center, delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione la Cassa si avvale;
- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuti per le prestazioni;
- Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;
- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- consulenti medici, legali e tributari della Cassa.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con la Cassa.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

6. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center della Cassa potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

7. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: CASDIC, Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale Dipendente del Settore del Credito, con sede in 00186 Roma, piazza Grazioli n. 16. L'elenco dei Responsabili del Trattamento, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto alla sede legale Cassa