

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

Il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo: **UNISALUTE SERIVIZI – DIVISIONE SI-SALUTE VIA LARGA, 8 – 40138 BOLOGNA (BO)**

DATI ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M | ___ | F | ___ |
 Codice Fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Nat_a _____ il: | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 Indirizzo e-mail: _____ @ _____

DATI FAMILIARE (solo per l'Opzione PLUS)

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M | ___ | F | ___ |
 Codice Fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Nat_a _____ il: | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

ATTIVAZIONE SERVIZIO SEGUI LA TUA PRATICA

Indicare un numero di telefono cellulare ove si voglia ricevere gratuitamente, a mezzo sms:

- la conferma di ricezione, da parte del Fondo, della domanda di rimborso
- la comunicazione di avvenuto pagamento

Cellulare: _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Numero FATTURA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA	IMPORTO								
			€						,		
			€							,	
			€							,	
			€							,	
			€							,	
			€							,	
Totale richiesto			€							,	

La documentazione allegata alla presente domanda di rimborso deve essere trasmessa al Fondo in originale; FASIE provvederà alla restituzione secondo quanto previsto dal Regolamento.

Eventuali polizze malattie possedute: SI NO **Compagnia:** _____

Coordinate Bancarie del lavoratore per eventuali rimborsi: codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestatario del Conto Corrente: _____

Data compilazione: _____ **Firma del lavoratore:** _____

Consenso al trattamento dei dati personali – GDPR – Regolamento UE (2016/679)

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa allegata al presente modulo ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute per le finalità di cui al punto 1 (Finalità del trattamento). Il consenso è esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____ **Firma del lavoratore:** _____

Firma del familiare: _____
 (se minore firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

DA COMPILARE A CURA DELL'ODONTOIATRA

COD	PRESTAZIONE
PREVENZIONE	
A231	Valutazione orale periodica
A232	Visite di emergenza (con intervento di urgenza)
A233	Radiografia endorale o oclusale o bite-wing
A234	Radiografia: per ogni radiogramma in più
A235	Profilasi/ablazione semplice del tartaro
A236	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi)
VISITE	
A239	Visita orale, visita specialistica
RADIOLOGIA	
A240	Rx Antero-post- o lat. Cranio e delle ossa facciali
A241	Ortopantomografia dentale (OTP)
CONSERVATIVA	
A242	Sigillatura (per ogni dente)
A243	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)
A244	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)
PARADONTOLOGIA	
A245	Scalling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)
A246	Legature dentali extra coronali (4 denti)
A247	Gengivectomia (per 4 denti)
A248	Gengivectomia per dente
A249	Lembo gengivale semplice per 4 denti
A250	Lembo muco/geng. riposiz.apic./couret. cielo aperto (4 denti)
A251	Riziectomia per radice (incluso lembo di accesso)
ENDODONZIA	
A252	Amputaz. coron. polpa ed otturaz. del cavo pulpare (decidui)
A253	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. diagnostica)
A254	Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. diagnostica)
A255	Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. diagnostica)

COD	PRESTAZIONE
CHIRURGIA	
A256	Estrazione semplice di dente o radice
A257	Estr. complessa dente o radice (o in incl. ossea parz.)
A258	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
PROTESICA	
A259	Corona protesica LNP o ceramica
A260	Corona protesica LN o ceramica
A261	Corona protesica in ceramica integrale
A262	Corona protesica provvisoria semplice in resina
A263	Perno monc./ric. con perno (fuso/prefabb./fibra carb.)
A264	Protesi totale in resina superiore
A265	Protesi totale in resina inferiore
A266	Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem-incl. ganci)
A267	Protesi parziale in resina inferiore (fino 3 elem-incl. ganci)
A268	Scheletrato lega stellite fino a 3 elem.-arc. sup
A269	Scheletrato lega stellite fino a 3 elem.-arc. inf
A270	Gancio su scheletrato
A271	Riparazione protesi
A272	Aggiunz. elem su protesi parziale o elem. su scheletr.
A273	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. sup. tecnica indiretta
A274	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. inf. tecnica indiretta
A275	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. sup. tecnica diretta
A276	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. inf. tecnica diretta
A277	Attacco di precisione in LNP
A279	Byte-plane
IMPLANTOLOGIA	
A283	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)

Schema numerico dentale

ARCATA DX SUPERIORE I QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
ARCATA DX INFERIORE IV QUADRANTE							

ARCATA SX SUPERIORE II QUADRANTE							
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
ARCATA SX INFERIORE III QUADRANTE							

Elenco delle prestazioni

Codice	Quantità	Dente/i	Arcata	Note

Data compilazione: _____

Timbro e firma del medico odontoiatra: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 2016/679)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (nel seguito indicato semplicemente come "GDPR"), che prevede che la persona i cui Dati vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento, il Fondo FASIE (di seguito Fondo Sanitario) La informa che i Dati personali dei propri iscritti saranno trattati come segue:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Sanitario, sono effettuati per:

- valutare la corretta posizione giuridica e contributiva del lavoratore aderente (nonché dei componenti del suo nucleo familiare, se ne è stata chiesta l'iscrizione) per la gestione delle prestazioni, secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo;
- la gestione amministrativa delle quote contributive ed eventualmente per il recupero delle quote non versate;
- finalità connesse al necessario espletamento di attività amministrative, contabili, fiscali, patrimoniali, statistiche attuariali, al funzionamento istituzionale del Fondo e al rinnovo degli Organi collegiali;
- consentire agli aderenti di conoscere l'attività del Fondo sanitario e quindi di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti. I dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati comunicazioni istituzionali quali notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo;
- 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 a cui il Fondo Sanitario è soggetto.

La base giuridica del trattamento è costituita, per i dati ordinari, dall'esecuzione del contratto associativo di cui l'interessato è parte, in particolare statuto e regolamento del Fondo, per le categorie particolari di dati (dati sanitari) dal consenso esplicito prestato dall'interessato in relazione al contratto associativo di cui è parte.

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Sanitario. L'eventuale rifiuto comporterà l'inevitabile rigetto della domanda di adesione al Fondo Sanitario presentata dall'interessato.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Sanitario, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Sanitario e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Sanitario potrà comunicare i dati personali degli iscritti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività. In particolare i soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio e preposti dal Fondo sanitario alla riscossione dei contributi e al pagamento delle prestazioni;
- compagnie di assicurazione incaricate della gestione delle risorse del Fondo Sanitario;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici, debitamente nominate Responsabili del trattamento;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.
- I dipendenti e/o collaboratori e/o professionisti consulenti del Fondo Sanitario incaricati delle relative operazioni di trattamento
- Società che effettuano per conto del Fondo Sanitario servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa, debitamente nominati responsabili del trattamento;

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

Il consenso è pure esteso con riguardo all'acquisizione da parte del Fondo dei dati relativi alla salute, necessari per la valutazione delle spese mediche delle quali si richiede il rimborso.

5. CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Qualora i Suoi dati personali non ci siano stati comunicati direttamente da Lei, Le comuniciamo le categorie di dati personali che verranno trattati per le finalità di cui sopra: Dati anagrafici; IBAN; Dati sanitari.

6. FONTE DEI DATI PERSONALI

Qualora non sia stato/a Lei a fornirci direttamente i Suoi dati personali, questi sono stati forniti:

- dall'impresa presso la quale lavora alla quale ha manifestato l'intenzione di iscriversi al Fondo Sanitario (dati anagrafici e/o Iban)
- dalla struttura convenzionata presso la quale ha usufruito di prestazioni rimborsabili da parte del Fondo Sanitario (dati sanitari)

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati contabili (inclusi i dati dei rimborsi effettuati) saranno conservati per il periodo di conservazione obbligatoria per le scritture contabili; I dati sanitari verranno conservati per il periodo di prescrizione ordinaria di 10 anni a partire dalla data della richiesta di rimborso.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il GDPR riconosce il diritto di accesso ai suoi dati, di chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento ed il diritto alla portabilità dei suoi dati. Per meglio comprendere tali diritti, ricordiamo che essi sono elencati negli articoli 15 (diritto di accesso), 16 (diritto di rettifica), 17 (diritto alla cancellazione), 18 (diritto di limitazione del trattamento), 20 (diritto alla portabilità dei dati) e 21 (diritto di opposizione) del GDPR.

9. TITOLARE E RESPONSABILI

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Sanitario FASIE, con sede in Piazzale Luigi Sturzo, 31 – 00144 Roma. Il DPO è contattabile all'indirizzo mail privacy.fasie@gmail.com.