

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE**

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

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

**Cassa PreviMed – Cassa Sanitaria Integrativa al S.S.N.  
c/o Ufficio liquidazioni**

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE a domanda già inoltrata

**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 \_\_\_\_\_

**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:

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Importo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

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 analogha richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.**

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

NO  SI\* \_\_\_\_\_

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

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 completa.

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

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del Titolare del Piano Sanitario: \_\_\_\_\_

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 – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali e comunque ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma per consenso: \_\_\_\_\_

*(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

**N.B.:** Ai fini del rimborso è necessaria la compilazione e la firma dello Studio Odontoiatrico della scheda che segue

NUM	PRESTAZIONI	NUM	PRESTAZIONI
<b>PREVENZIONE</b>		<b>CHIRURGIA</b>	
	Valutazione orale periodica		Estrazione semplice di dente o radice
	Visite di emergenza (con intervento d'urgenza)		Estr. complessa dente o radice (o in incl. Ossea parz.)
	Radiografia endorale o occlusale o bite-wing		Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
	Radiografia: per ogni radiogramma in più	<b>PROTESICA</b>	
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Adulto		Corona protesica in LNP o ceramica
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Bambino		Corona protesica in LP e ceramica
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) - bambino		Corona protesica in ceramica integrale
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) – adulto		Corona protesica provvisoria semplice in resina
<b>VISITE</b>			Perno monc./ric. Con perno (fuso/prefabb./fibra carb)
	Visita orale, visita specialistica		Protesi totale in resina superiore
	Igiene orale		Protesi totale in resina inferiore
<b>RADIOLOGIA</b>			Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Rx antero-post-o lat cranio e delle ossa facciali		Protesi parziali in resina inferiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Ortopantomografia dentale (OTP)		Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem. – arc. Sup.
<b>CONSERVATIVA</b>			Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem. – arc. Inf.
	Sigillatura (per ogni dente)		Gancio su scheletrato
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)		Riparazione protesi
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		Aggiunz. Elem su protesi parziale o elem. Su scheletr.
<b>PARADONTOLOGIA</b>			Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica indiretta
	Scalling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)		Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica indiretta
	Legature dentali extra coronali (4 denti)		Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica diretta
	Gengivectomia (per 4 denti)		Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica diretta
	Gengivectomia per dente		Attacco di precisione in LNP
	Lembo gengivale semplice per 4 denti	<b>ORTOGNATODONZIA</b>	
	Lembo muco/geng. Riposiz. Apic./couret. Cielo aperto (4 denti)		Studio del caso
	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)		Terapia ort. Appar. Fisse per arc/anno (adolescenti)
<b>ENDODONZIA</b>			Terapia ort. Appar. Fisse per arc per anno (adulti)
	Amputaz. Coron. Polpa ed otturaz. del cavo pulpare (decidui)		Terapia ort. Appar. Mobili o funz. per arc per anno
	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)		Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)		Bite notturno
	Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)	<b>IMPLANTOLOGIA</b>	
<b>ALTRO:</b>			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

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data compilazione \_\_\_\_\_

Firma e Timbro dell'Odontoiatra \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), Cassa PreviMed – Cassa Sanitaria Integrativa al Servizio Sanitario Nazionale, 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 esauriva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi del GDPR, 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 Regolamento UE 2016/679 (GDPR), sono comuni i dati personali diversi da quelli particolari, giudiziari e rischiosi, a titolo esemplificativo, cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; contatti telefonici, email; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi 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:

a. 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; 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;

b. per finalità accessorie a quelle della Cassa quali, a titolo esemplificativo, per svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. 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 E CONSERVAZIONE

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 adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni adeguata misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, 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 4. I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

### 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, 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 dovuto 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

Titolare del trattamento è Cassa PreviMed. Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- accesso ai dati personali;
- rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- revoca del consenso;
- cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) indicato nel successivo paragrafo 8.

### 6. COOKIES

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

### 7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center della Cassa potranno essere registrate per la risoluzione di eventuali segnalazioni e reclami. 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 inclusi i dati sensibili che verranno forniti all'operatore. La registrazione delle telefonate in entrata avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato e saranno conservate per il tempo necessario per la risoluzione di eventuali segnalazioni e reclami. Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

### 8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento è "Cassa PreviMed – Cassa Sanitaria Integrativa al Servizio Sanitario Nazionale" con sede in Preganziol, via Enrico Forlanini n. 24 [privacy@cassaprevimed.it](mailto:privacy@cassaprevimed.it) /[cassaprevimed@twcert.it](mailto:cassaprevimed@twcert.it).

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR è contattabile all'indirizzo [privacy@cassaprevimed.it](mailto:privacy@cassaprevimed.it).