PROGETTO “DENTISTA PER LA FAMIGLIA”

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

MOD. DPF1704

Cognome_____ Nome _____ Data di nascita gg ___ mm ___ aaaa _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tel. ___ /_____ Cell. ___ /_____ Fax ___ /_____

E-mail ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐@☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ . ☐☐☐

(N.B. Indicare l’indirizzo e-mail e un numero di fax da utilizzare per la trasmissione di comunicazioni da parte della C.A.DI.PROF.)

Dipendente dello Studio _____ C.F. o P.I. Studio ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Per la/il propria/o figlia/o (da compilare solo in caso di trattamento ortopedico/ortodontico):

Cognome_____ Nome _____ Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Chiedo il contributo per la seguente garanzia del Progetto Dentista per la Famiglia (barrare la casella corrispondente):
(allegare sempre autocertificazione dello stato di famiglia MOD. ds01, copia dell’ultima busta paga e la specifica documentazione indicata)

☐ RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA COMPLETA

- Certificato di cura definitivo sottoscritto dal dentista che indichi il numero di impianti eseguiti nel medesimo piano di cura e la relativa posizione
- Copia degli esami strumentali diagnostici in formato digitale (file PDF o JPEG)
- Copia fotostatica delle fatture/parcelle quietanzate, nelle quali siano evidenziate esclusivamente le prestazioni oggetto della presente garanzia

☐ RIABILITAZIONE PROTESICA SU DENTI NATURALI O RADICI

- Certificato di cura definitivo sottoscritto dal dentista che indichi il numero di corone eseguiti nel medesimo piano di cura e la relativa posizione
- Esame radiografico e/o fotografico pre e post cura (sufficiente rx endorale purchè si evidenzino tutti gli elementi oggetto del rimborso) in formato digitale (file PDF o JPEG)
- Certificazione di conformità del manufatto protesico rilasciato dall’odontotecnico
- Copia fotostatica delle fatture/parcelle quietanzate, nelle quali siano evidenziate esclusivamente le prestazioni oggetto della presente garanzia

☐ TRATTAMENTO ORTOPEDICO/ORTODONTICO

- Piano di cura/preventivo/attestato sottoscritto dal dentista che indichi la necessità di trattamento delle malocclusioni di grado 3, 4 e 5 dell’indice IOTN (Indice di Necessità di Trattamento) con qualunque tecnica / qualsiasi apparecchiatura
- Cefalometria preliminare al trattamento o altra documentazione comprovante in formato digitale (file PDF o JPEG)
- Copia fotostatica delle fatture/parcelle quietanzate, nelle quali siano evidenziate esclusivamente le prestazioni oggetto della presente garanzia

Elenco documenti di spesa allegati

Fattura/Parcella numero_____ del ____/____/_____ Importo € _____
Fattura/Parcella numero_____ del ____/____/_____ Importo € _____
Fattura/Parcella numero_____ del ____/____/_____ Importo € _____
Fattura/Parcella numero_____ del ____/____/_____ Importo € _____

Ai fini dell’erogazione del rimborso delle spese sopra elencate, che dichiaro di aver sostenuto, vogliate provvedere all’accredito sul c/c:

IBAN: ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ai sensi dell’art. 13 del Codice in materia di dati personali (D. Lgs. n. 196/2003), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti l’iscritto, i suoi familiari (inerenti dati anagrafici e/o sanitari) e il datore di lavoro, forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della C.A.DI.PROF. (di seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l’utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l’integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l’esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l’impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa.
Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all’articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l’aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per C.A.DI.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore.

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l’interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa.

Data_____ Firma dell’Iscritto/a _____

INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

E-MAIL:odonto@cadiprof.it

FAX:06 32091437

ATTENZIONE non inviare le richieste mediante posta ordinaria e/o raccomandata: le stesse verranno restituite al mittente

fotocopiabile per più utilizzi