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

PROGETTO "DENTISTA PER LA FAMIGLIA"

ATTESTAZIONE ODONTOIATRA

MOD. APF1704

ISCRITTO/A CADIPROF

Cognome_____ Nome_____ Data di nascita gg ___ mm ___ aaaa _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP_____ Prov. _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Cognome_____ Nome_____ Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA COMPLETA

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che

il/la sig./sig.ra _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a

all'intervento di posizionamento di n. _____ impianti, alla/e posizione/i _____ /_____ /_____

Data_____ Timbro e firma del dentista _____

☐ RIABILITAZIONE PROTESICA SU DENTI NATURALI O RADICI

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che

il/la sig./sig.ra _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a

all'intervento di posizionamento di n. _____ corona/e, alla/e posizione/i _____ /_____ /_____

Data_____ Timbro e firma del dentista _____

☐ TRATTAMENTO ORTOPEDICO/ORTODONTICO

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che

il/la paziente _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a

a trattamento ortodontico per malocclusione di 1^, 2^ o 3^ classe di angle riportabile al **GRADO 3** ☐ **4** ☐

5 ☐ indice IOTN, come sotto specificato (barrare almeno una lettera di riferimento):

Grado 3 – Casi Border Line

A Aumento di overjet tra 3,5 e 6 mm con labbra incompetenti
B Overjet negativo fino a 3,5 mm
C Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza tra 1 e 2 mm posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
D Dislocamento dei punti di contatto tra 2 e 4 mm
E Open bite anteriore o posteriore compreso tra 2 e 4 mm
F Morso profondo completo, fino ai tessuti molli gengivali o palatini ma senza trauma

Grado 4 – Necessità di trattamento

A Aumento di overjet tra 6 e 9 mm
B Overjet negativo superiore a 3,5 mm ma senza difficoltà masticatorie o fonatorie
C Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza superiore a 2 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
D Grave dislocamento dei punti di contatto oltre 4 mm
E Grave open bite anteriore o posteriore superiore a 4 mm
F Overbite aumentato e completo con trauma dei tessuti molli gengivali o palatini

(segue grado 4)

G Ipodonzia lieve che richieda ortodonzia pre-restaurativa o chiusura di spazi per eliminare la necessità di protesi
H Crossbite linguale posteriore (scissor bite) senza contatti funzionali occlusali in uno o entrambi i lati della bocca
I Overjet negativo compreso tra -1 e -3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie e/o fonatorie
J Denti parzialmente erotti, inclinati ed impattati contro denti adiacenti
K Presenza di elementi soprannumerari

Grado 5 – Necessità di trattamento

A Aumento di overjet superiore a 9 mm
B Overjet negativo superiore a 3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie o fonatorie
C Eruzione impossibile di elementi dentari (eccezion fatta per il terzo molare) a causa di affollamento, dislocamento di elementi dentari, presenza di soprannumerari, decidui ritenuti o qualsiasi altra causa patologica
D Ipodonzia grave con implicazioni restaurative (più di un elemento mancante per quadrante) con necessità di ortodonzia pre protesica
E Labio-palato schisi o altre anomalie cranio facciali
F Denti decidui inclusi

ATTENZIONE: allegare la documentazione diagnostica da cui risultino con evidenza i riferimenti indicati (teleradiografia e/o OPT e/o foto e/o modelli, ecc.).

Data_____ Timbro e firma del dentista _____

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 _____

fotocopiabile per più utilizzi