

PROGETTO "DENTISTA PER LA FAMIGLIA"

ATTESTAZIONE ODONTOIATRA

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 e **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 intercuspiazione
- 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 intercuspiazione
- 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 Ipocondia 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 Ipocondia 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

Data _____ Timbro e firma del dentista _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), 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 _____

DENTISTA PER LA FAMIGLIA

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI RIMBORSO DENTISTA PER LA FAMIGLIA

La modulistica deve essere compilata in ogni sua parte.

Si prega di scrivere in stampatello e in maniera chiara, prestando particolare attenzione ai campi relativi ai dati iscritto, all'elenco documento di spesa e a quello relativo all' IBAN. È sempre necessario selezionare dall'elenco la garanzia per la quale si sta richiedendo il rimborso.

La mancata o incompleta compilazione dei suddetti campi comporta il respingimento o la sospensione della pratica.

MODULO RICHIESTA RIMBORSO DENTISTA PER LA FAMIGLIA

- ✓ **Riquadro "Chiede il contributo per":** inserire i dati richiesti del soggetto per il quale si sono sostenute le spese (beneficiario della garanzia)
Es. Nella garanzia "Trattamento ortodontico" inserire i dati del figlio mentre per le garanzie relative agli impianti e alle corone su denti naturali/radici inserire i dati dell'iscritto Cadiprof.
- ✓ **Riquadro "Elenco documenti di spesa allegati":** inserire i dati di tutti i documenti di spesa allegati alla domanda (numerazione documento, data di emissione e importo).
Qualora il numero di documenti da allegare alla domanda superasse il numero delle righe contenute nel campo, per proseguire con la lista l'iscritto dovrà stampare e compilare un ulteriore modulo.
- ✓ **Riquadro IBAN:** Specificare un codice IBAN relativo ad un c/c intestato o cointestato all'iscritto Cadiprof. Non è possibile richiedere l'emissione di assegni o di altri strumenti di pagamento diversi dal bonifico bancario.

MODULO ATTESTAZIONE ODONTOIATRICA

La mancata apposizione del timbro da parte dello studio dentistico nei campi della modulistica dove viene richiesto comporta il respingimento della pratica.

Garanzia impianti osteointegrati e corone su denti naturali/radici: il dentista deve indicare negli appositi spazi il numero e la posizione degli elementi dentali sui quali si è effettuato il lavoro implantologico/protesico, firmare e timbrare il relativo campo del modulo.

Garanzia "Trattamento ortodontico": il dentista deve barrare la casella corrispondente al Grado IOTN della malocclusione (3, 4 o 5) ed almeno una delle lettere che identificano la relativa necessità di trattamento/Caso border Line.

La mancata o incompleta compilazione dei sopra citati campi comporterà il respingimento o la sospensione della pratica.