



Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia

## DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

Il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:  
**UNISALUTE SERIVIZI – DIVISIONE SI-SALUTE C/O CMP**  
**VIA ZANARDI, 30 – 40131 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
<b>PREVENZIONE</b>	
A231	Rilievo Impronte E Preparazione Modelli Di Studio
A232	Radiografia Endorale (Ogni Due Denti) Massimo 3 Per Ogni Piano di Cura
A233	Radiografia Endorale (Per Arcata)
<b>RADIOLOGIA</b>	
A234	Dentalscan 1 Arcata
A235	Dentalscan 2 Arcate
A236	Esame Diretto Ghiandole Salivari
A237	Esame Elettromiografico
A238	Esame Kinesiografico
A239	Ortopantomografia dentale od Ortopanoramica
A240	Scialografia Con Mezzo di Contrasto
A241	Teleradiografia
<b>CONSERVATIVA</b>	
A242	Otturazione In Cavità Di 1A Classe
A243	Otturazione In Cavità Di 2A Classe
A244	Otturazione In Cavità Di 3A Classe
A245	Otturazione In Cavità Di 4A Classe
A246	Otturazione In Cavità Di 5A Classe
<b>PARADONTOLOGIA</b>	
A247	Amputazioni Radicolari (Escluso Il Lembo di Accesso)
A248	Chirurgia Gengivale (Incl. Quals. Tipo di Lembo e Saturazione)
A249	Chirurgia Muco Gengivale O Abbassamento di Fornice (Incl. Quals. Tipo di Lembo o Saturazione)
A250	Chirurgia Ossea Trattamento Compl. Per Quadr.(Incl. Lembo di Accesso e Saturazione)
A251	Gengivectomia (Per Quadrante Come Unica Prest.)
A252	Innesto Autogeno (Sito Multiplo Incluso Lembo di Accesso)
A253	Innesto Di Materiale Biocompatibile (Qualunq. Num. O Sede degli Imp.)
A254	Legature Dentali Extra Coronali (4 Denti)
A255	Legature dentali intra coronali (4 denti)
A256	Lembi (Liberi O Peduncolati) per la corr. Di Difetti Muco Gengivali

COD	PRESTAZIONE
<b>ENDODONZIA</b>	
A257	Terapia end. 1 canale radicolare (comprese Rx)
A258	Terapia end. 2 canale radicolare (comprese Rx)
A259	Terapia end. 3 canale radicolare (comprese Rx)
A260	Terapia end. 4 canale radicolare (comprese Rx)
A261	Ricostruzione Con Ancoraggio O Perno ad elemento
<b>CHIRURGIA</b>	
A262	Apicectomia (Compresa Cura Canalare)
A263	Disinfezione Denti Ritenuti
A264	Estrazione in Soggetto Sottoposto A Narcosi In Circ. per dente (Escluso Comp. Anest.)
A265	Estrazione di dente o radice
A266	Estrazione di Dente o Radici in Inclusione Ossea Totale
A267	Medicazione chirurgica (Max. 3 sedute)
<b>PROTESICA</b>	
A268	Apparecchio Scheletrato (Strutt. Lnp O Lp, Comprens. Di Elementi -Per Arcata)
A269	Protesi Tot. Definitiva Rimovibile Per Arcata Con Denti In Resina o Ceramica
A270	Protesi Parz. Definitiva Rimovibile (Comprensiva Di Ganci ed Elementi)
A271	Ribasamento Di Protesi Rimov. (Qualunq. Sistema)
A272	Riparazione Di Protesi Rimov. (Quals. Tipo)
A273	Riparazione Di Protesi Rimov. (Quals. Tipo) Con Aggiunta di Elemento
A274	Singolo Attacco Di Semiprecisione/Precisione In Lnp O Lp Fuso Prefabbricato
<b>IMPLANTOLOGIA</b>	
A275	Impianto osteointegrato Per Elemento - Come unica prestazione
A276	Intervento di Rialzo Del Seno Mascellare (Per Emiarc. - Tratt. Completo e Non Ripetib.)
A277	Mini Implant. Compresi Attacchi Di Precisione Per Elem.-Come Unica Prestaz.
<b>GENERICICO</b>	
A278	Visita

### 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, statistico 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 comunichiamo 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 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](mailto:privacy.fasie@gmail.com).