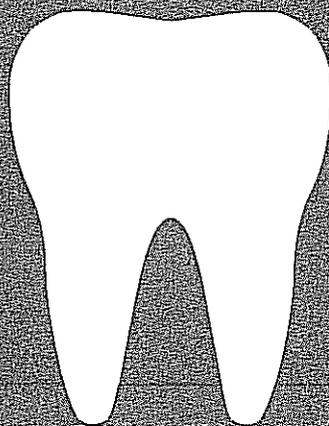


san  **edil**
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI



RIMBORSO
IMPLANTOLOGIA FUORI RETE

(Documentazione per lavoratori dipendenti di
imprese edili e familiari)



DOCUMENTAZIONE

Per avviare la procedura di rimborso delle prestazioni di implantologia fuori rete è necessario che l'iscritto o il familiare a carico beneficiario presenti alla Cassa Edile/EdilCassa la seguente modulistica:

- MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO
- DIARIO CLINICO*
- COPIA RADIOGRAFIA PRE E POST IMPIANTO E RELATIVI REFERTI
- COPIA FATTURA (parlante)**
- COPIA ATTESTAZIONE DI SERVIZIO O COPIA DELL'ULTIMA BUSTA PAGA
Sarà cura del lavoratore richiedente non rendere visibili eventuali dati sensibili presenti nel corpo della busta paga.
- COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ
L'obbligo è previsto nei soli casi di richiesta presentata tramite posta elettronica.

MASSIMALI

La modalità **fuori rete** nella garanzia implantologia prevede un sotto massimale pari all'80% rispetto alle tariffe previste per la modalità in rete:

Piano BASE		Piano PLUS	
Sotto massimale fuori rete	Massimale in rete	Sotto massimale Fuori Rete	Massimale In Rete
Tre o più impianti € 1.345	Tre o più impianti € 1.680	Tre o più impianti € 2.400	Tre o più impianti € 2.800
Due impianti € 840	Due impianti € 1.050	Due impianti € 1.400	Due impianti € 1.750
Un impianto € 420	Un impianto € 525	Un impianto € 730	Un impianto € 910

* Il DIARIO CLINICO, debitamente compilato dal proprio medico odontoiatra, deve riportare l'indicazione delle prestazioni effettuate, il relativo importo e la data di esecuzione di ciascuna prestazione.

** La "Fattura parlante" ossia con indicazione analitica delle voci di spesa sostenute e coincidenti con quelle richiamate nel diario clinico.



Come presentare le richieste di rimborso

Nelle more di implementazione della funzione web, per richiedere il rimborso delle prestazioni di implantologia fuori rete, l'iscritto o il familiare fiscalmente a carico potrà utilizzare i seguenti canali:

A Sportello Cassa Edile/EdilCassa

Presentazione allo sportello della Cassa Edile/EdilCassa alla quale risulti iscritto il lavoratore o, se non iscritto, alla Cassa Edile/EdilCassa a cui fa riferimento la propria sede di lavoro.

Si raccomanda, prima di recarsi allo sportello, di compilare il modulo di richiesta rimborso e di arrivare già muniti della documentazione da allegare.

B Persona delegata (facilitatore)

Quanto previsto dalla precedente lettera A potrà avvenire tramite facilitatore (con esclusione delle prestazioni richieste per i familiari dell'iscritto).

C Posta elettronica o raccomandata

Inoltare la documentazione alla Cassa Edile/EdilCassa alla quale risulti iscritto il lavoratore per mezzo di posta elettronica o posta raccomandata con ricevuta di ritorno; per l'impiegato fare riferimento alla Cassa Edile/EdilCassa della Provincia nella quale ha la sede l'azienda presso la quale è assunto.

PUNTI DI ATTENZIONE

A Nei limiti dei massimali previsti dai Piani Sanitari, l'iscritto per ricevere il rimborso delle prestazioni effettuate e indicate puntualmente nel Diario Clinico dovrà risultare in **copertura assicurativa** alla data di ciascuna prestazione in questo riportata.

B I sinistri di implantologia iniziati prima del **01/05/2022, anche se conclusi dopo il 01/05/2022**, non potranno essere oggetto di rimborso.

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

<input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ticket per cure odontoiatriche conservative copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prestazioni pre e post ricovero copia prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Protesi ortopediche e acustiche copia prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta Indennità sostitutiva copia cartella clinica completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lenti copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o gravi patologie copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute) copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trattamenti fisioterapici riabilitativi copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SEZIONE COVID-19 Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19 copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prestazioni di implantologia copia fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19 copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ticket per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Indennità sostitutiva copia cartella clinica completa	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Trattamenti fisioterapici riabilitativi copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Prestazioni di implantologia copia fatture e/o ricevute fiscali e/o ticket	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ticket per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Indennità sostitutiva copia cartella clinica completa	<input type="checkbox"/>		

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accelerare la valutazione ed il rimborso.

Si allega la copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

DATA: ____ / ____ / ____ ORARIO: _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida; Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal proprio datore di lavoro (sempre necessaria).

Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione/prestazione odontoiatrica, non è richiesta copia della prescrizione del medico curante.

In caso di Visite Specialistiche indicare l'eventuale nome del medico: _____

In caso di Pacchetto prevenzione donna / Visite Senologiche Ginecologiche potrebbe essere richiesta la data dell'ultimo ciclo mestruale:

Data ____ / ____ / ____

Firma* _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Firma dell'iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome

Informativa resa agli utilizzatori del Fondo SANEDIL per il trattamento dati personali.

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE N.2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali - GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, informiamo l'interessato di quanto segue:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento.

Di seguito Le indichiamo quali sono i nostri riferimenti ai quali potrà rivolgersi per ogni chiarimento.

- Il Titolare del trattamento è: Sanedil (Via Giuseppe Antonio Guattani, 9 - 00161, Roma)
- Il "Responsabile per la protezione dei dati" può essere contattato tramite mail all'indirizzo: privacy@fondosanedil.it.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e relativa base giuridica.

Di seguito Le indichiamo perché Le chiediamo i dati personali.

I dati forniti vengono raccolti allo scopo di provvedere agli adempimenti previsti per gli utilizzatori del fondo sanitario Integrativo per l'edilizia (Art. 6, lettere b, del GDPR).

I dati forniti saranno trattati, inoltre, per il legittimo interesse di SANEDIL, per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di servizio offerto, collocazione geografica ed altri al fine di migliorare il servizio offerto e per l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria (Art.6, lettera f, del GDPR).

L'utilizzo dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. La mancanza dei dati e/o l'eventuale espresso rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità per il Titolare di svolgere gli adempimenti di cui sopra.

Categorie di dati personali trattati.

Di seguito Le indichiamo quali tipologie di dati personali trattiamo.

Nell'ambito delle finalità del trattamento evidenziati al precedente paragrafo, saranno trattati dati personali che rientrano nella categoria dei dati identificativi quali:

- dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, Codice Fiscale, indirizzo, telefono, ecc.);
- dati lavorativi (azienda datrice di lavoro, tipo di contratto, durata del rapporto, retribuzione);
- coordinate bancarie.

Verranno, inoltre, trattati categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornire i servizi richiesti.

Categorie di destinatari dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo chi potrà trattare i dati personali e a chi potranno essere comunicati.

Per le finalità di cui sopra i dati personali da Lei forniti potranno essere resi accessibili:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di addetti autorizzati al trattamento dei dati.
- A terzi soggetti che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di Titolari autonomi (UNISALUTE per le prestazioni e UNIPOLSAI per i rimborsi), o Responsabili del trattamento (OPENBOX per la gestione dei sistemi informativi e CASSE EDILI / EDILCASSE, per lo svolgimento di attività di interfaccia con gli iscritti).
- Ad Autorità giudiziarie o di vigilanza, amministrazioni, enti ed organismi pubblici.

Principi generali.

Di seguito Le indichiamo gli aspetti generali che caratterizzano il trattamento dei dati personali.

I dati saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato, raccolti per le finalità sopra indicate, limitati e conservati quanto necessario con adeguate misure di sicurezza.

I dati saranno trattati unicamente nei paesi UE o in quelli per i quali vige una decisione di adeguatezza.

I dati personali non saranno oggetto di comunicazione o diffusione al di fuori delle categorie di destinatari indicati nel punto precedente.

Non è previsto che i dati vengano trattati per processi decisionali automatizzati.

Periodo di conservazione dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo per quanto tempo conserveremo i dati personali.

I dati personali raccolti per le finalità indicate al relativo paragrafo precedente saranno trattati e conservati al massimo per 10 anni dall'ultima registrazione. Tempi più lunghi saranno possibili in caso di contenziosi fino all'esaurimento degli stessi.

Diritti esercitabili.

Di seguito Le indichiamo tutti i diritti che Le garantiamo sui dati personali.

In conformità a quanto previsto nel Capo III, Sezione I, GDPR, Lei ha il diritto di:

- Chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione al trattamento dei propri dati.
- Revocare il consenso, là ove fondi il trattamento in qualsiasi momento lo desidera senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Lei potrà esercitare tali diritti (escluso l'ultimo) mediante il semplice invio di una richiesta via e-mail all'indirizzo del Titolare, sopra indicato.

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Gentile Cliente,

ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento") e degli Artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, UniSalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al coniuge e/o ai familiari, come indicati nelle condizioni di polizza, il trattamento potrà riguardare anche i dati personali di questi ultimi per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso, un Suo Delegato o il c.d. "Facilitatore" (quest'ultimo previsto solo per l'iscritto al Fondo Sanedil) od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽²⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. I dati relativi alla Sua salute sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dal contratto assicurativo e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁽⁴⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁴⁾. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁵⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Potremo trattare dati personali rientranti in categorie particolari di dati (relativi alla salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (iscritto o Suo eventuale familiare)⁽⁶⁾.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁷⁾. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota⁽⁵⁾.

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coassicurati; persone da Lei delegate; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. Enti di Assistenza del settore lavorativo di appartenenza), altri soggetti pubblici.

2) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

3) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

4) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it

5) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

6) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).

7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA ESEGUITE FUORI RETE - DIARIO CLINICO -

Gentile Cliente,

per erogare il rimborso della prestazione di implantologia, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la modulistica allegata.

Nello specifico:

Il DIARIO CLINICO dovrà riportare le prestazioni effettuate relative alle fatture presentate a rimborso.

Si prega di barrare con una X gli elementi o le sedi interessate, riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

La documentazione compilata andrà consegnata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni e alle radiografie pre e post impianto, alla propria Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

DATI DEL PAZIENTE										
Cognome e Nome										
Nato a	il	Codice Fiscale								
Residente a								Prov.	CAP	
Via/Piazza				N°	N° tel.					

DATI DEL DENTISTA										
Cognome e Nome										
Nato a	il	Codice Fiscale								
Residente a								Prov.	CAP	
Via/Piazza				N°	N° tel.					

DIARIO CLINICO																			
CODICE DI RIFERIMENTO UNISALUTE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70PF03	CORONA/FACCETTA IN CERAMICA, QUALSIASI TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70PF05	PERNO MONCONE ENDOCANALARE O ABUTMENT IMPLANTARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
ALTRE PRESTAZIONI PRESENTI IN FATTURA MA NON COPERTE	ALTRE PRESTAZIONI NON RIENTRANTI NELL'ELENCO PRECEDENTE INDICARE L'IMPORTO RESIDUO RISPETTO ALLE VOCI PRECEDENTI																		
TOTALE																			

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra