

Note (spazio riservato alla Segreteria):

MODULO RICHIESTA SUSSIDI PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO ODONTOIATRA

Dati del Socio: **COGNOME NOME** **CID** **TEL**

Dati dell'Assistito: **COGNOME NOME** **NATO A** **IL**/...../.....

Indicare nelle caselle, in corrispondenza dell'elemento dentario trattato, i codici e gli importi corrispondenti alle prestazioni eseguite

1. CURE DENTARIE

IGIENE			
	QUANTITA'	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
1001 Visita di controllo			
1002 Ablazione del tartaro			
PARODONTOLOGIA			
	QUANTITA'	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
1101 Gengivectomia e gengivoplastica (Comprende anche allungamento corona, cuneo distale) –PER DENTE			
1104 Chirurgia mucogengivale – PER QUADRANTE			
1105 Materiale biocompatibile (comprende osso sintetico, membrane viti di fissaggio, deve essere associato a procedure chirurgiche, non sono rimborsati farmaci volti ad accelerare il processo di guarigione) - PER 4 DENTI			
1106 Levigatura radicolare (comprensivo di anestesia ed eventuale uso di medicinali) – PER QUADRANTE			
1107 Splintaggio elementi dentali parodontalmente compromessi			
AVULSIONI			
	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
1201 Estrazione semplice			
1202 Estrazione complessa			
1203 Estrazione dente deciduo			
1204 Estrazione in inclusione ossea parziale o totale			
1208 Germectomia o estrazione soprannumerari			
ALTRA CHIRURGIA ORALE			IMPORTO TOTALE
1301 Incisione accessi			
1302 Intervento per asportazione cisti o neoformazione (eventuale esame istologico considerato a parte voce 7005)			
1303 Intervento di piccola chirurgia (esposizione di denti inclusi per terapia ortodontica, rizectomia o rizotomia)			
1304 Frenulectomia o frenuloplastica			
ENDODONZIA			
	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
1401 Terapia endodontica di 1 canale radicolare			
1402 Terapia endodontica di 2 canali radicolari			
1403 Terapia endodontica di 3 canali radicolari			
1407 Apicectomia			
CONSERVATIVA			
	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
1502 Sigillatura solchi			
1503 Otturazione in composito o amalgama (I - II classe)			
1504 Otturazione in composito o amalgama (III - IV - V classe)			
1508 Ricostruzioni con perno in fibra (vetro o carbonio)			
1509 Pulpotomia ed otturazione su dente deciduo			

2. IMPLANTOLOGIA

Ai fini del rimborso deve essere allegata documentazione radiografica pre trattamento. Per la voce 2001 Impianti osteointegrati è inoltre richiesta copia del "passaporto implantare", con indicazione di nome e cognome, che certifichi l'impianto inserito.

IMPIANTI			
	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
2001 Impianto osteointegrato (comprende pilastro prefabbricato, vite di guarigione e perno moncone)			
	QUADRANTE	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
2002 Mini rialzo seno mascellare con accesso crestale			
2003 Grande rialzo seno mascellare con accesso laterale			
2004 Chirurgia ossea resettiva (osteotomia, osteoplastica preprotetica)			

4. GNATOLOGIA

	GALEALE	IMPORTO TOTALE
4001 Bite (Bite non personalizzati o costruiti in laboratorio. Comprende studio del caso, analisi dei modelli, analisi stabilometrica, miofunzionale, visite. Eventuali dispositivi funzionali usati in età adulta vengono considerati in questa voce (esempio: position trainer, soulet besombes, ecc...))		

3. PROTESI DENTARIE

Per le voci 3301, 3302 e 3303 riguardanti le **protesi mobili** deve essere allegata copia della certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio.

CORONE	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
3001 Corona in lega non preziosa e resina			
3002 Corona in lega preziosa e resina			
3003 Corona in lega non preziosa e ceramica			
3004 Corona in lega preziosa e ceramica			
3005 Corona in ceramica integrale o zirconio			
3006 Maryland Bridge (o ponte incollato) sia in metallo resina che in metallo ceramica			
INTARSI	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
3101 Intarsio in resina			
3102 Intarsio in ceramica			
PERNI ENDOCANALRI	ELEMENTO DENTARIO	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
3202 Perno endocanalare fuso (o perno moncone) realizzato in laboratorio			
PROTESI MOBILE E PROTESI RIMOVIBILE SU DENTI O SU IMPIANTI	ARCATA	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
3301 Protesi mobile totale			
3302 Protesi parziale con base in resina			
3303 Protesi parziale scheletrata con ganci o attacchi (compresi)			
3304 Ribasamento protesi con sistema diretto alla poltrona o in laboratorio			
3306 Sostituzione/riparazione ganci fusi			
3307 Elementi aggiunti o sostituiti			
3309 Riparazione protesi			

5. ORTODONZIA

Ai fini del rimborso del trattamento ortodontico deve essere allegata documentazione relativa al check up ortodontico: ortopantomografia oppure teleradiografia latero laterale. In alternativa copia diario clinico. (Tale documentazione ha validità di 5 anni)

	TIPO	IMPORTO TOTALE
5003 Check up e trattamento ortodontico Check up: Tracciato cefalometrico, studio ed impostazione del caso, impronte delle arcate dentarie e realizzazione del modello e fotografie di studio (inclusa visita ortodontica) • Ortopantomografia, teleradiografia latero laterale sono sussidiate come diagnostica Trattamento ortodontico: Dispositivi funzionali per mioterapia con finalità intercettive utilizzati per pazienti minori d'età; Dispositivi di contenzione utilizzati a fine terapia (compreso splintaggio); Allineatori trasparenti (Invisalign). Specificare il tipo di trattamento	

DIAGNOSTICA – PUNTO 4 CIRCOLARE 1/2019

	QUANTITA'	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
7001 Ortopantomografia			
7002 Minitac spirale o con tecnica cone beam			
7003 Stratigrafia A.T.M.			
7004 Teleradiografia cefalometrica			
7005 Biopsia/Esame istologico			

ALTRE PRESTAZIONI NON PREVISTE E NON RIMBORSATE DALLA CASSA INTEGRATIVA

	QUANTITA'	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
Provvisori – Farmaci - Spese per disinfezione			
.....			

TOTALE IMPORTI di tutte le prestazioni (comprese quelle non rimborsabili dalla Cassa Integrativa)

€.

Si allega al modulo la seguente documentazione prevista dal Nomenclatore/Tariffario in vigore (indicare la quantità degli allegati trasmessi):

Documento	Pre cure	Post cure	Documento	Pre cure	Post cure
Rx endorale			Stratigrafia A.T.M.		
Fotografia			Dichiarazione odontoiatra		
Ortopantomografia (OPT)			Copia certificazione di laboratorio		
Teleradiografia latero laterale			Copia diario clinico		
Tracciato cefalometrico			Passaporto implantare		
Minitac con tecnica cone beam			Referto esame istologico		

La presente scheda, che non ha valore ai fini fiscali, rappresenta il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture/ricevute. **Occorre riportare per ciascun modulo compilato una sola fattura a saldo e le relative fatture d'acconto.**

Numero fattura/ricevuta	Data fattura/ricevuta	Emessa da	Importo fattura/ricevuta
			€.
			€.
			€.
Totale complessivo (deve coincidere con il totale degli importi su riportati)			€.

Nel caso di richiesta di sussidio per i familiari a carico, la sottoscrizione del presente modulo vale anche come dichiarazione, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. 917/86, che il familiare per il quale si richiede il sussidio non percepisce redditi superiori a quelli previsti dalla vigente normativa fiscale.

Firma del Socio

Data

Firma e timbro del Medico Odontoiatra