

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

NUM	PRESTAZIONI	NUM	PRESTAZIONI
	PREVENZIONE		CHIRURGIA
	Valutazione orale periodica		Estrazione semplice di dente o radice
	Visita di emergenza (con intervento d'urgenza)		Estr. complessa dente o radice (o in incl.ossea parz.)
	Radiografia endorale o oclusale o bite – wing		Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
	Radiografia: per ogni radiogramma in più		PROTESICA
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Adulto		Corona protesica in LNP o ceramica
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Bambino		Corona protesica in LP e ceramica
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) - Bambino		Corona protesica in ceramica integrale
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) – Adulto		Corona protesica provvisoria semplice in resina
	VISITE		Perno monc./ric. con perno (fuso/prefabb./fibra carb.)
	Visita orale, visita specialistica		Protesi totale in resina superiore
	Igiene orale		Protesi totale in resina inferiore
	RADIOLOGIA		Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem. – incl. ganci)
	Rx antero – post – o lat. cranio e delle ossa facciali		Protesi parziali in resina inferiori (fino 3 elem. – incl. ganci)
	Ortopantomografia dentale (OPT)		Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. sup.
	CONSERVATIVA		Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. inf..
	Sigillatura (per ogni dente)		Gancio su scheletrato
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)		Riparazione protesi
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		Aggiunz. elemen su protesi parziale o elem. su scheletrato
	PARADONTOLOGIA		Ribasatura definitiva protesi totale sup. tecnica indiretta
	Scaling e levigatura radici (fino a 6 denti)		Ribasatura definitiva protesi totale inf.. tecnica indiretta
	Legature dentali extra coronali (4 denti)		Ribasatura definitiva protesi totale sup. tecnica diretta
	Gengivectomia (per 4 denti)		Ribasatura definitiva protesi totale inf. tecnica diretta
	Gengivectomia per dente		Attacco di precisione in LNP
	Lembo gengivale semplice per 4 denti		ORTOGNATODONZIA
	Lembo muco/geng. ripos. apic./couret. cielo aperto (4 denti)		Studio del caso
	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)		Terapie ort. Appar. fisse per arcata per anno (adolescenti)
	ENDODONZIA		Terapie ort. Appar. fisse per arcata per anno (adulti)
	Amputaz. coron. polpa ed otturazione del cavo pulpare (decidui)		Terapie ort. Appar. mobili o funz. per arcata per anno
	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. diagnostica)		Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Terapia end. 2 canali radicolari (incluso rad. diagnostica)		Bite notturno
	Terapia end. 3 canali radicolari (incluso rad. diagnostica)		IMPLANTOLOGIA
			Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)
ALTRO:			

PLAFOND TRIENNALE UNA TANTUM

- Iscritti alla gestione servizio:** Richiedo la facoltà di fruire del massimale di € 5.250 accorpando il plafond dell'anno in corso (al netto di eventuali rimborsi già fruiti) e dei due anni seguenti. Le prestazioni sono riferite ad un piano di cura d'importo pari o superiore ad € 7.500 (al netto di eventuale ablazione del tartaro o igiene orale).
- Iscritti alla gestione quiescenti:** Richiedo la facoltà di fruire del massimale di € 2.250 accorpando il plafond dell'anno in corso (al netto di eventuali rimborsi già fruiti) e dei due anni seguenti. Le prestazioni sono riferite ad un piano di cura d'importo pari o superiore ad € 3.300.

N.B. Per chiedere il plafond triennale barrare il riquadro e presentare la fattura di saldo, corredata dalle eventuali fatture di acconto, a condizione che tra la prima fattura di acconto e quella di saldo non intercorrano più di 12 mesi. La spesa può essere suddivisa in un massimo di 4 fatture.

Elenco delle prestazioni

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	Importo

Data compilazione _____

Firma e timbro dell'odontoiatra _____