



## Modulo di richiesta rimborso spese odontoiatriche

### PARTE 1 - COMPILAZIONE A CURA DELL'ASSICURATO SOLO IN CASO DI INOLTRO CARTACEO

Se previste dalla propria polizza, nel caso di prestazioni di protesica e/o implantologia, La preghiamo di allegare alla documentazione la copia della dichiarazione di conformità di corone/impianti rilasciata dal fabbricante.

La informiamo che, a integrazione della pratica, Le potremmo richiedere della documentazione radiografica e/o fotografica pre/post trattamento relativa alle cure fatturate.

**IMPORTANTE: ai fini di una corretta procedura, è necessario che le fatture siano dettagliate con le specifiche delle prestazioni eseguite e dei denti interessati**



### 1. INFORMAZIONI PERSONALI

**Polizza di appartenenza**

TITOLARE DELLA POLIZZA

**Nome e cognome**

**Nato/a il**

*gg/mm/aaaa*

**Codice fiscale**

RESIDENZA

**Indirizzo**

*via, piazza...*

**C.A.P.**

**Comune**

**Provincia**

**Paese**

DOMICILIO *Solo se diverso dalla residenza*

**Indirizzo**

*via, piazza...*

**C.A.P.**

Comune

---

Provincia

---

Paese

---

Telefono

---

Cellulare

---

Indirizzo email

---

Codice IBAN

COD PAESE

CHECK

CIN

ABI

CAB

CONTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## 2. BENEFICIARIO DELLE CURE MEDICHE SE DIVERSO DAL TITOLARE, ISCRITTO NEL NUCLEO

Nome e cognome

---

Nato/a il

*gg/mm/aaaa*

---

Codice fiscale

---

DENTISTA

Nome e cognome

---

Ragione sociale

---

Partita IVA

---

Indirizzo

*via, piazza...*

---

N° civico

---

C.A.P.

---

Comune

---

Provincia

---

**Paese**

---

**Telefono**

---

**Codice fiscale**

---

**Indirizzo email**

---

*Data*

---

*Firma dell'assicurato*

---

## PARTE 2 - COMPILAZIONE A CURA DELLO STUDIO MEDICO

Vi informiamo che, a integrazione della pratica potrà, Vi potremmo richiedere della documentazione radiografica e/o fotografica pre/post trattamento relativa alle cure fatturate. Nel caso di prestazioni di protesica e/o implantologia, se previste dalla polizza, Vi preghiamo di allegare alla documentazione la copia della dichiarazione di conformità di corone/degli impianti rilasciata dal fabbricante.

### **IMPORTANTE: vi preghiamo di dettagliare le fatture**

VISITE ED IGIENE		QUANTITÀ	IMPORTO
3137	Visita orale, visita specialistica		
3138	Visita emergenza con intervento d'urgenza		
3139	Profilassi / Ablazione semplice tartaro		
3140	Valutazione orale periodica ed Ablazione tartaro		
3141	Applicazione topica di fluoro		

  

PRESTAZIONI		DENTI	COSTO TOT.
<b>Conservativa</b>			
3118	Otturazione in composito o amalgama (1-2 classe)		
3119	Otturazione in composito o amalgama (3-5 classe)		
3120	Sigillatura (per ogni dente)		
<b>Chirurgia</b>			
3110	Rimozione chirurgica di dente rotto		
3111	Estrazione semplice di dente o radice		
3112	Estrazione complessa di dente o radice (o in inclusione ossea parziale)		
3113	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale		
<b>Radiologia</b>			
3114	Radiografia endorale o occlusale (bitewing)- odontoiatrica		
3115	Rx orale antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali		
3116	Radiografia endorale:per ogni radiogramma in più		
3117	Ortopantomografia dentale (opt)		
<b>Paradontologia</b>			
3121	Scaling / levigature radici (fino a sei denti)		
3122	Legature dentali extracoronali (per 4 denti) – splintaggio		
3123	Gengivectomia (per 4 denti)		
3124	Gengivectomia per dente		
3125	Lembo gengivale semplice (per 4 denti)		
3126	Lembo muco gengivale ripos. apicale/courettage cielo aperto (4 denti)		
3127	Rizectomia dentale - per radice (incluso lembo di accesso)		

**Endodonzia**

- 3128 Terapia endodontica di 1 canale radicolare (inclusa radiografia)  
3129 Terapia endodontica di 2 canali radicolari (inclusa radiografia)  
3130 Terapia endodontica di 3 canali radicolari (inclusa radiografia)  
3131 Amputazione coronale della polpa e ottur. del cavo pulpare (decidui)

**Protesi**

- 3142 Protesi totale odontoiatrica in resina superiore o inferiore  
3143 Protesi parziale in resina sup. o inf. fino a 3 elementi - inclusi ganci  
3144 Scheletrato in lega stellitica fino a 3 elementi - arcata sup. o inf.  
3145 Gancio su scheletrato odontoiatrico  
3146 Attacco di precisione in Lega Non Preziosa (L.N.P.) - odontoiatrico  
3147 Riparazione protesi odontoiatrica  
3148 Agg. elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato odontoiatrico  
3149 Ribasatura definitiva protesi totale sup. o inf./tecnica indiretta odontoiatrica  
3150 Ribasatura protesi totale sup. o inf. / tecnica diretta odontoiatrica  
3151 Corona fusa in Lega Non Preziosa (L.N.P.) odontoiatrica  
3152 Corona fusa in Lega Preziosa (L.P.) – odontoiatrica  
3153 Corona in L.N.P. e resina – odontoiatrica  
3154 Corona in L.P. e resina -odontoiatrica  
3155 Corona protesica in L.N.P. e ceramica -odontoiatrica  
3156 Corona protesica in L.P. e ceramica -odontoiatrica  
3157 Corona protesica in ceramica integrale odontoiatrica  
3158 Corona protesica provvisoria semplice in resina odontoiatrica  
3159 Perno moncone/ricostr. con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.  
3160 Intarsio in oro odontoiatrico  
3161 Intarsio in ceramica odontoiatrico  
3162 Intarsio in composito odontoiatrico

**Ortognatodonzia**

- 3132 Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno  
3133 Terapia ortodontica con apparec. mobili o funzionali per arc. per anno  
3134 Visita ortodontica (prima visita) incl. rilievo impronte per modelli di studio  
3135 Bite notturno

**Implantologia**

- 3136 Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)

**Altre prestazioni (inserire descrizione)**

9999

9999

Data

Timbro e firma del dentista