



Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

***SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____

Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

certificato di pronto soccorso

verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Coordinate bancarie del capo nucleo su cui effettuare il rimborso

Intestatario conto corrente: _____

IBAN:

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore iscritto: _____

Firma del familiare: _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo Sanitario, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Interessato _____ Firma per Consenso _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

N.B.: Per ottenere i rimborsi relativi a cure dentistiche, è necessario compilare la scheda che segue.

PIANO DI CURE ODONTOIATRICO

PRESTAZIONE	
VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE	
	Visita orale, visita specialistica
	Igiene orale
PARADONTOLOGIA	
	Scalling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)
	Legature dentali extra coronali (4 denti)
	Gengivectomia (per 4 denti)
	Gengivectomia per dente
	Lembo gengivale semplice per 4 denti
	Lembo muco/geng. Riposiz. Apic./couret. Cielo aperto (4 denti)
	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)
CHIRURGIA ORALE	
	Estrazione semplice di dente o radice
	Estrazione complessa dente o radice (o in inclusione ossea parziale)
	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
CONSERVATIVA	
	Sigillatura (per ogni dente)
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)
ENDODONZIA	
	Amputaz. Coron. Polpa ed otturaz. del cavo pulpare (decidui)
	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
	Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
	Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
IMPLANTOLOGIA	
	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)

PRESTAZIONE	
PROTESICA	
	Corona protesica in LNP o ceramica
	Corona protesica in LP e ceramica
	Corona protesica in ceramica integrale
	Corona protesica provvisoria semplice in resina
	Perno monc./ric. Con perno (fuso/prefabb./fibra carb)
	Protesi totale in resina superiore
	Protesi totale in resina inferiore
	Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Protesi parziali in resina inferiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. Sup.
	Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. Inf.
	Gancio su scheletrato
	Riparazione protesi
	Aggiunz. Elem su protesi parziale o elem. Su scheletr.
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica indiretta
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica indiretta
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica diretta
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica diretta
	Attacco di precisione in LNP
ORTOGNATODONZIA (SOLO FINO A 14 ANNI)	
	Studio del caso
	Terapia ort. Appar. Fisse per arc/anno
	Terapia ort. Appar. Mobili o funz. per arc per anno
	Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Bite notturno

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							

Schema numerico dentale

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data di compilazione _____

Timbro e Firma del medico odontoiatra _____