

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO,
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Gioberti 33 - 31021 Mogliano Veneto (TV)
Unitamente alla documentazione medica e di spesa in originale.

<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE
--	--

<input type="checkbox"/> Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio	<input type="checkbox"/> Gestione Iscritti/Aderenti in Quiescenza
---	---

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

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

Tel _____ Cell* _____ E-mail _____

Numero matricola _____ Azienda di appartenenza _____

* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

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

Riservato agli iscritti assenti di lunga durata, in esodo o in quiescenza per la restituzione della documentazione

Via _____ n. _____ città _____ (____)

Tel. E_MAIL _____ @ _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Il medico odontoiatra dovrà vistare la/le prestazione/i eseguite per le quali viene chiesto il rimborso, compilando il dettaglio allegato al presente modulo.

Si allegano **IN ORIGINALE** le seguenti fatture:

N°	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO
1				, , , , , , , , , , ,
2				, , , , , , , , , , ,
3				, , , , , , , , , , ,
4				, , , , , , , , , , ,
5				, , , , , , , , , , ,
6				, , , , , , , , , , ,
7				, , , , , , , , , , ,

Totale richiesto al netto dell'imposta di bollo (€ 1,81 ove presente sul documento di spesa):

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analogha 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 ORIGINALE** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

N.B.: In caso di ricovero è sempre necessario alleagare la cartella clinica

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

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari del Fondo Sanitario, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome _____ Firma per Consenso _____

del beneficiario della prestazione

*(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.

COD	PRESTAZIONE
PREVENZIONE	
	Valutazione orale periodica
	Visite di emergenza (con intervento d'urgenza)
	Radiografia endorale o occlusale o bite-wing
	Radiografia: per ogni radiogramma in più
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Adulto
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Bambino
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) - bambino
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) – adulto
VISITE	
	Visita orale, visita specialistica
	Igiene orale
RADIOLOGIA	
	Rx antero-post-o lat cranio e delle ossa facciali
	Ortopantomografia dentale (OTP)
CONSERVATIVA	
	Sigillatura (per ogni dente)
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)
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)
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)
ALTRO:	

COD	PRESTAZIONE
CHIRURGIA	
	Estrazione semplice di dente o radice
	Estr. complessa dente o radice (o in incl. Ossea parz.)
	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
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 stellitica fino a 3 elem. – arc. Sup.
	Scheletrato lega stellitica 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	
	Studio del caso
	Terapia ort. Appar. Fisse per arc/anno (adolescenti)
	Terapia ort. Appar. Fisse per arc per anno (adulti)
	Terapia ort. Appar. Mobili o funz. per arc per anno
	Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Bite notturno
IMPLANTOLOGIA	
	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)

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							

Elenco delle prestazioni

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data di compilazione _____

Firma del medico odontoiatra _____