

Codice Fiscale Paziente _____

Modulo prestazioni odontoiatriche

Il presente modulo deve essere compilato dal medico odontoiatra con timbro e firma

Di seguito viene riportato l'elenco delle prestazioni previste nel Nomenclatore di dettaglio di Fondo Sanitario Alto Adige - Settore Edilizia.

Il medico odontoiatra deve indicare la tipologia di prestazione eseguita, il numero, la sede/dente e il costo unitario e sottoscrivere il modulo con la propria firma e il proprio timbro.

CONSERVATIVA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Otturazioni secondo le classi di BLACK	_____	_____	_____	_____
Intarsio (Inlay, Onlay, Overlay)	_____	_____	_____	_____
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	_____	_____	_____	_____
Terapia canalare in dente mono- o pluriradicolato	_____	_____	_____	_____
Ritrattamento canalare	_____	_____	_____	_____

IMPLANTOLOGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____

Compreso: estrazione dente, primo intervento preoperatorio, porta impronte individuali, presa d'impronta, struttura provvisoria, secondo intervento, posizionamento della struttura, struttura definitiva, abutment, corone provvisorie applicate all'impianto portante.



PROTESICA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Protesi parziale definitiva rimovibile (almeno 4 denti, compresi ganci ed elementi)	_____	_____	_____	_____
Protesi parziale provvisoria rimovibile (fino 4 denti, compresi ganci ed elementi)	_____	_____	_____	_____
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	_____	_____	_____	_____
Protesi totale immediata (per arcata)	_____	_____	_____	_____
Singolo attacco di semiprecisione/ precisione	_____	_____	_____	_____
Apparecchio scheletrato	_____	_____	_____	_____
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	_____	_____	_____	_____
Riparazione di protesi	_____	_____	_____	_____
Corona protesica	_____	_____	_____	_____
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	_____	_____	_____	_____
Perno - moncone e/o ricostruzione	_____	_____	_____	_____
Corona fusa LP o LP e faccette in resina o LP e faccette in resina fresata (per elemento)	_____	_____	_____	_____
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento) o in resina - indiretta (per elemento)	_____	_____	_____	_____
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	_____	_____	_____	_____

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Estrazione di dente o radice o dente da latte (con o senza sedazione)	_____	_____	_____	_____
Intervento chirurgico cisti follicolari o radicolari	_____	_____	_____	_____
Intervento chirurgico ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare	_____	_____	_____	_____
Intervento chirurgico odontoma o adamantinoma	_____	_____	_____	_____
Rimozione di impianto dislocato nel seno mascellare	_____	_____	_____	_____

Data di compilazione _____

Timbro e firma del medico
 odontoiatra/ ortodontico

INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Tramite posta elettronica: sani@cassaedile.bz.it

Personalmente o a mezzo posta presso la sede di Fondo Sanitario Alto Adige - Via Marie Curie 15, Bolzano oppure Cassa Edile Provincia Autonoma di Bolzano - Via Marconi 2, Bolzano