

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](mailto: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