

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 Fondo Sanitario Alto Adige.

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.

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Visita odontoiatrica o ablazione del tartaro	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Levigatura delle radici (per 6 denti) se propedeutica ad intervento di chirurgia paradontale	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Splintaggio	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Chirurgia regenerativa compreso osso eterologo e/o membrane - per 6 denti	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Chirurgia resettiva, per arcata (incluso qualsiasi tipo di limbo e sutura) - per 6 denti	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Chirurgia mucogengivale per uno o più denti e/o approfondimento di fornice (per arcata) sutura inclusa e anestesia	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Lembi o innesti liberi o pedunculati inclusa sutura e anestesia	1 volta l'anno	_____	_____	_____

DIAGNOSTICA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Radiografia endorale	1 volta l'anno	_____	_____	_____
Panoramica	1 volta ogni 2 anni	_____	_____	_____
CBCT	1 volta ogni 2 anni	_____	_____	_____



CONSERVATIVA

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

Sono escluse le otturazioni del tipo Inlays, Onlays, Overlays

CHIRURGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
Estrazione di dente o radice	_____	_____	_____	_____
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a sedazione cosciente per dente	_____	_____	_____	_____
Estrazione di dente o radice in totale inclusione ossea	_____	_____	_____	_____
Estrazione di dente da latte	_____	_____	_____	_____

IMPLANTOLOGIA

PRESTAZIONE	VINCOLI ALLE PRESTAZIONI	QUANTITÀ	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
impianto osteointegrato (qualsiasi tipologia) per elemento	_____	_____	_____	_____
Intervento di rialzo del seno mascellare	_____	_____	_____	_____
Ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica) a quadrante	_____	_____	_____	_____



Prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per semiarcata	_____	_____	_____	_____
Mini impianti compresi attacchi di precisione	_____	_____	_____	_____

PROTESICA

E' previsto il rimborso per le prestazioni protesiche sia in caso di infortunio che in sua assenza ma con tariffari differenziati.

Per il rimborso di prestazioni in caso di infortunio, è necessario allegare il verbale del Pronto Soccorso.

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 in LNP	_____	_____	_____	_____
Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi - per arcata)	_____	_____	_____	_____
Corona protesica in LNP e ceramica	_____	_____	_____	_____
Corona protesica in LP o ceramica integrale o zirconia monolitica o stratificata	_____	_____	_____	_____



Corona protesica provvisoria semplice in resina	_____	_____	_____	_____
Perno - moncone e/o ricostruzione	_____	_____	_____	_____
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	_____	_____	_____	_____
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)	_____	_____	_____	_____
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	_____	_____	_____	_____
Ricostruzione moncone in materiale composito (per elemento)	_____	_____	_____	_____
Perio - overdenture per arcata esclusi i perni	_____	_____	_____	_____
Corone telescopiche ad elemento	_____	_____	_____	_____

Data di compilazione _____

Timbro e firma del medico odontoiatra