

Mod. 70b

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

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:  
**CASSA PREVIASS II - Piani Sanitari FEDERDISTRIBUZIONE c/o Previmedical S.p.A.**  
**Via Enrico Forlanini 24 - 31022 Preganziol (TV)**  
 Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia.

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

**DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell\* \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:**

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

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

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

**Totale richiesto:**

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**

SPECIFICARE SE LE PRESTAZIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO SONO DERIVATE DA INFORTUNIO CAUSATO DA TERZI O DA SINISTRO STRADALE:

NO  SI\* \_\_\_\_\_

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

**Coordinate bancarie 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, Cassa di Assistenza Previass Il, 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.**

PRESTAZIONE	CODICE PRESTAZIONE	QUANTITA'	DENTE/ SEDE/I	COSTO UNITARIO
<b>Parte generale</b>				
RILIEVO IMPRONTE E PREPARAZIONE MODELLI DI STUDIO				

<b>Terapie conservative</b>				
CAVITÀ DI 5ª CLASSE DI BLACK				
CAVITÀ DI 1ª CLASSE DI BLACK (1)				
CAVITÀ DI 2ª CLASSE DI BLACK (1)				
CAVITÀ DI 3ª CLASSE (1)				
CAVITÀ DI 4ª CLASSE (1)				
TRATTAMENTO CHIMICO DELL'IPERSENSIBILITÀ E PROFILASSI CARIE CON				
INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA				
INTARSI L.P. – INLAY OD ONLAY (1)				
AMPUTAZIONE CORONALE DELLA POLPA (PULPOTOMIA) ED OTTURAZIONE CAVO PULPARE (1)				
ENDODONZIA (PRESTAZIONE AD UN CANALE) (COMPRESSE RX E QUALUNQUE TIPO DI OTTURAZIONE) (1)				
ENDODONZIA (PRESTAZIONE A DUE CANALI) (COMPRESSE RX E QUALUNQUE TIPO DI OTTURAZIONE) (1)				
ENDODONZIA (PRESTAZIONE A TRE CANALI) (COMPRESSE RX E QUALUNQUE TIPO DI OTTURAZIONE) (1)				
ENDODONZIA (PRESTAZIONE A QUATTRO CANALI) (COMPRESSE RX E QUALUNQUE TIPO DI OTTURAZIONE) (1)				
PULPOTOMIA ED OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE (1)(2) (COMPRESSE RX E QUALUNQUE TIPO DI OTTURAZIONE)				
RICOSTRUZIONE CON ANCORAGGIO O PERNO AD ELEMENTO (1)(2)				

**NOTE:**

- Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali.

Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno diciotto mesi dalla precedente contribuzione misurati dalla data della prima fatturazione.

(1) non sovrapponibile tra loro sullo stesso elemento

(2)sovrapponibili tra loro sullo stesso elemento purchè successivi a trattamento di endodonzia

<b>Chirurgia</b>				
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE				
ESTRAZIONE DI DENTE IN SOGGETTO SOTTOPOSTO A NARCOSI IN CIRCUITO (ESCLUSO PER OGNI DENTE				
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE				
INTERVENTO PER FLEMMONE DELLE LOGGE PERIMASCELLARI				
MEDICAZIONE CHIRURGICA (PER SEDUTA - MAX 3 SEDUTE)				
APICECTOMIA (COMPRESA CURA CANALARE)				
RIZECTOMIA E RIZOTOMIA (COMPRESO LEMBO D'ACCESSO) COME UNICO				
ASPORTAZIONE CISTI MASCELLARI ( <b>per seduta</b> )				
ASPORTAZIONE DI EPULIDE ( <b>per seduta</b> )				
INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO (LIVEL. CRESTE ALVEOLARI, ELIMINAZIONE				
DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI (PER CIASCUN ELEMENTO)				
FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA				
BIOPSIE (QUALUNQUE NUMERO)				

PRESTAZIONE	CODICE PRESTAZIONE	QUANTITA'	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
<b>Implantologia</b>				
IMPIANTO OSTEOINTEGRATO(ricoperti in ceramica, carbon-vitreous, idrossiapatite, come unica prestazione (1)				
INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (TRATT. COMPLETO e non ripetibile)				
MINI IMPLANT COMPRESI ATTACCHI DI PRECISIONE per elemento - come unica				

NOTE:

Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento.

I contributi erogati dalla Compagnia sono comprensivi di:

- primo intervento preparatorio;
- porta impronte individuali;
- presa d'impronta;
- sutura provvisoria;
- secondo intervento;
- posizionamento della struttura;
- sutura definitiva;

- corone applicate all'impianto portante. In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento.

N.B. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopantomico, Rx endorale, ecc.).

(1) non sovrapponibile tra loro sullo stesso elemento

<b>Protesi mobili</b>				
PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE (PER EMIARCATA -compresi ganci ed				
PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA ,comprensiva di ganci ed elementi (per a impianti o a protesi definitiva rimovibile				
PROTESI MOBILE TOTALE PER ARCATA CON DENTI IN RESINA O CERAMICA (COMPRESI PROPEDEUTICI ALLA PROTESI MOBILE TOTALE)				
PROTESI TOTALE IMMEDIATA (per arcata)				
SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE /PRECISIONE IN LNP o LP FUSO				
APPARECCHIO SCHELETRATO (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)				
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALUNQUE SISTEMA)				
RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO)				
RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO) CON AGGIUNTA DI ELEMENTO				

NOTE :

La Cassa interviene solo su protesi mobili, resine, scheletrati. Non sono concedibili interventi per provvisori in resina o corone fuse fisse.

Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda

la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopantomico, Rx endorale, Certificato di conformità.

Quest'ultimo deve contenere il tipo di protesi ed essere debitamente sottoscritto dalla Ditta produttrice).

In caso di erogazione di un contributo per la ricostruzione o sostituzione di un elemento dentale in protesi rimovibile, devono essere trascorsi almeno 5 anni dal precedente trattamento protesico (misurati dalla data della prima fatturazione) per l'erogazione di un nuovo contributo per l'intervento protesico sullo stesso dente.

Tale limite non sarà considerato nei confronti di iscritti che, entro il limite di tempo suindicato per il rinnovo delle protesi, presentino una sopravvenuta edentulia totale dell'arcata interessata, o per i casi di perdita di uno degli elementi naturali pilastro o di ancoraggio della protesi. Il limite dei 5 anni, inoltre, non sarà considerato nei casi di erogazione dei contributi riferiti a riparazioni o ribasamenti delle protesi totali.

PRESTAZIONE	CODICE PRESTAZIONE	QUANTITA'	DENTE/I SEDE/I	COSTO UNITARIO
<b>Igiene orale e parodontologia</b>				
ABLAZIONE TARTARO (1) (3)				
LEVIGATURA DELLE RADICI E/O COURETTAGE GENGIVALE (PER 4 DENTI) (2) (3)				
LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER 4 DENTI) (2)				
LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER 4 DENTI) (2)				
PLACCA DI SVINCOLO (6) (4)				
MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE (PER SEDUTA - MAX 3) (4)				
GENGIVECTOMIA (PER QUADRANTE come unica prestazione) (4) (5)				
CHIRURGIA GENGIVALE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA				
CHIRURGIA MUCO GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5) (6)				
AMPUTAZIONI RADICOLARI (PER RADICE ESCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO) (4) (6)				
CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO, INCLUSA SUTURA) TRATTAMENTO PER QUADRANTE (4) (5)				
INNESTO AUTOGENO (SITO MULTIPLO INCLUSO LEMBO DI ACCESSO) (4) (5) (6)				
INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (QUALUNQUE NUMERO O SEDE DEGLI				
LEMBI (LIBERI O PEDUNCOLATI) PER LA CORREZIONE DI DIFETTI MUCO GENGIVALI - QUALUNQUE NUMERO E SEDE (4) (5) (6)				

**NOTE:**

- (1) L'ablazione del tartaro e la levigatura delle radici sono concedibili una volta per anno solare salvo se propedeutiche ad intervento di chirurgia parodontale.  
 (2) La Cassa non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non è trascorso l'anno solare dalla precedente contribuzione.  
 (3) Le prestazioni 01 e 02 sono alternative tra loro nello stesso piano di cura SALVO SE PROPEDEUTICHE AD INTERVENTI DI CHIRURGIA PARODONTALE.  
 (4) Prestazione non ripetibile prima di 12 mesi.  
 (5) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro nello stesso piano di cura sullo stesso elemento o settore.  
 (6) La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione così come definita nel Nomenclatore.

<b>Diagnostica</b>				
RADIOGRAFIA ENDORALE (OGNI DUE DENTI) <u>MASSIMO 3 PER OGNI PIANO DI CURA</u>				
BITE WING ( <u>MASSIMO 4 PER OGNI PIANO DI CURA</u> )				
ORTOPANTOMOGRAMMA OD ORTOPANORAMICA				
TELERADIOGRAFIA				
SCIALOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO				
ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI				
DENTALSCAN 1 ARCATA				
DENTALSCAN 2 ARCADE				
ESAME ELETTROMIOGRAFICO				
ESAME KINESIOGRAFICO				

**NOTE:**

- Le prestazioni radiologiche sono erogate una tantum, salvo quelle specifiche richieste dalla Cassa per protesi e implantologia.
- Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali.

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico/Studio \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistito \_\_\_\_\_

**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, Cassa di Assistenza Previass II, 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 \_\_\_\_\_