



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE FORMA INDIRECTA

*Spazio per l'etichetta con il codice a barre
(a cura dell'Associazione Manageritalia)*

RICHIESTA DI RIMBORSO PER LE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAL DIRIGENTE

Parte da compilare a cura dell'iscritto

Dati dell'iscritto

Cognome Nome

Luogo e data di nascita /...../.....

Dati dell'assistito (se le spese sono riferite ad un familiare)

Cognome Nome

Luogo e data di nascita /...../.....

DISTINTA SPESE

DOCUMENTO			
N.	Numero	Data	Emittente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

IMPORTO RICHIESTO									

TOTALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità che:

- le spese di cui alla presente distinta rispondono al vero e sono state dallo stesso effettivamente sostenute per sé o nell'interesse dei propri familiari assistiti per le prestazioni indicate;
- le stesse non conseguono da incidenti traumatici coperti da assicurazione, né derivanti dal fatto di terzo responsabile, né da partecipazioni a gare sportive o avvenimenti agonistici (art. 11 Regolamento Fasdac);
- per le medesime prestazioni non ha richiesto/ottenuto rimborso a/da altro Ente o Assicurazione, ovvero ha richiesto/ottenuto rimborso di Euro a/da
- gli originali di spesa non saranno utilizzati in modo improprio o illecito e saranno tenuti a disposizione del Fasdac per ogni esigenza di controllo.

Data

Firma dell'iscritto

Fondo di assistenza sanitaria integrativa costituito da



IMPORTANTE

Alla presente richiesta di rimborso non devono essere allegati originali di spesa e/o di altra documentazione.

Le richieste dovranno essere corredate da semplici fotocopie ad uso amministrativo sia dei documenti di spesa che di ogni altra documentazione, che non sarà in alcun caso restituita dal Fondo.

Il Fasdac si riserva di disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari mediante odontoiatri dallo stesso prescelti, nonché di richiedere in originale i documenti di spesa e/o ogni altra documentazione.

La mancata presentazione degli originali, ove richiesti, comporta la richiesta di restituzione degli importi rimborsati.

Si ricorda che gli originali di spesa devono essere conservati, ai fini fiscali, fino al termine del quinto anno successivo al periodo di imposta.

* * * * *

Parte da compilare a cura dell'odontoiatra

CERTIFICATO DEFINITIVO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Il presente certificato è stato predisposto al fine di uniformare la terminologia riportando le prestazioni eseguite alle voci previste dal nomenclatore/tariffario FASDAC.

Questo consente di ottenere dati statistici ed una corretta istruzione della pratica.

Durata delle cure (GG/MM/AAAA) dal

--	--	--	--	--	--	--	--

 al

--	--	--	--	--	--	--	--

Data	Firma e timbro dell'odontoiatra

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali

Per avere informazioni complete su come il Fasdac tratta i dati: www.fasdac.it – Privacy

Indicare nelle apposite colonne rispettivamente: il **NUMERO** delle prestazioni eseguite, la **POSIZIONE** degli elementi dentali sui quali sono state effettuate (ove richiesti con apposito schema) ed i relativi **IMPORTI**.

PREMESSE

Le prestazioni si intendono comprensive di tutti gli atti e tutte le procedure necessari per effettuare le prestazioni stesse (es. visita, radiografie endorali compreso status Rx endorale completo, bite wings, anestesia locale, plessica o troncature, medicazioni, incisione di ascesso, ecc.).

La visita odontoiatrica o equivalente non è rimborsabile.

Note sulla documentazione da presentare nella richiesta di rimborso

Si fa presente che il Fondo può richiedere qualsiasi altra documentazione sanitaria oltre a quella riportata nella descrizione delle singole prestazioni o delle branche odontoiatriche prima di rimborsare la pratica.

- **Nota RX:** tutte le radiografie richieste per il rimborso delle prestazioni odontoiatriche devono essere inviate al Fondo solo su supporto cartaceo, fotocopiate o stampate con buona risoluzione e devono riportare nome e cognome del paziente, data e numero identificativo del dente. Si precisa, quindi, che non sono accettate le lastre radiografiche o i supporti digitali. Pertanto è indispensabile inviare la fotocopia delle radiografie o la stampa delle immagini contenute nei supporti digitali.
- **Nota CE:** nei casi in cui è richiesto, il certificato di conformità dei dispositivi dentali su misura (CE) rilasciato dall'odontotecnico deve riportare il tipo di protesi, il tipo di materiali utilizzati per la protesi e gli elementi dentali interessati. In caso di dispositivi dentali su misura fabbricati direttamente a studio dall'odontoiatra è sufficiente un certificato del dentista riportante tutti i dati presenti nel certificato di conformità.
- **Nota Foto:** nei casi in cui è richiesta, al Fondo deve essere inviata la fotocopia o la stampa a colori (con buona risoluzione) della documentazione fotografica. Tali documenti devono riportare nome e cognome del paziente, data e numero identificativo del dente.



RADIOLOGIA

		N°	POSIZIONE	IMPORTO
20	Radiografia (ortopantomografia o ortopantomografica) delle arcate dentarie superiore e inferiore (OPT)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
31	Radiografia dell'articolazione temporomandibolare (ATM)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
993	TC Dentscan o TC Cone Beam 1 arcata	<input type="text"/>		<input type="text"/>
994	TC Dentscan o TC Cone Beam 2 arcate	<input type="text"/>		<input type="text"/>
992	Stratigrafia dell'articolazione temporomandibolare (ATM) a bocca aperta e chiusa monolaterale	<input type="text"/>		<input type="text"/>
991	Stratigrafia dell'articolazione temporomandibolare (ATM) a bocca aperta e chiusa bilaterale	<input type="text"/>		<input type="text"/>
40	Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	<input type="text"/>		<input type="text"/>

CONSERVATIVA ED ENDODONZIA

Le prestazioni si intendono comprensive dell'applicazione della diga o di perini parapulpari e dell'eventuale applicazione di sottofondi ivi compreso l'incappucciamento indiretto o diretto della polpa.

		N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
320	Cure e ricostruzioni di dente deciduo per carie non penetranti (qualsiasi materiale) ad elemento	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	<input type="text"/>												
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5																											
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5																											
370	Cure e ricostruzioni di dente permanente per carie non penetranti (qualsiasi materiale) ad elemento	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
361	Ricostruzione di dente permanente trattato endodonticamente o ricostruzione preprotetica del moncone coronale ad elemento (qualsiasi materiale); il rimborso di questa voce esclude quello della voce OD/051 sullo stesso elemento	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
390	Terapia endodontica monocanalare dei denti permanenti	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
400	Terapia endodontica bicanalare dei denti permanenti	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
404	Terapia endodontica tricanalare o superiore dei denti permanenti	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
510	Ritattamento endodontico dei denti permanenti (per canale)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
521	Terapia endodontica dei denti decidui (qualsiasi numero di canali), compresa eventuale apicizzazione e/o apicogenesi	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	<input type="text"/>												
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5																											
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5																											



CONSERVATIVA ED ENDODONZIA (segue)

		N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
51	Perno moncone fuso endocanalare ad elemento, il rimborso di questa voce esclude il rimborso di OD/361 sullo stesso elemento (la prestazione è rimborsabile solo dietro presentazione di certificato di conformità)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
151	Rimozione perno moncone fuso endocanalare	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
522	Perno di ritenzione endocanalare prefabbricato	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													

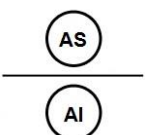

CHIRURGIA ORALE

Le prestazioni si intendono comprensive di procedure finalizzate alla risoluzione di eventuali complicanze (ad esempio revisione della cavità alveolare postestrattiva con eventuale asportazione di granuloma apicale, medicazione in caso di alveolite, rimozione del coagulo o applicazione di emostatico o sutura in caso di emorragia postestrattiva).

		N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
273	Estrazione di dente deciduo	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	<input type="text"/>												
5	4	3	2	1																																
1	2	3	4	5																																
5	4	3	2	1																																
1	2	3	4	5																																
274	Estrazione di dente sovranumerario	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
270	Estrazione di dente permanente o delle sue radici compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
271	Estrazione di dente permanente in inclusione ossea parziale compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
290	Estrazione di dente permanente in inclusione ossea totale compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
342	Estrazione di impianto osteointegrato compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
523	Germectomia compresa eventuale osteotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
321	Apicectomia comprensiva di terapia endodontica (otturazione retrograda) dei denti del gruppo frontale (da 13 a 23 e da 33 a 43)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	3	2	1	1	2	3	3	2	1	1	2	3	<input type="text"/>																				
3	2	1																																		
1	2	3																																		
3	2	1																																		
1	2	3																																		
322	Apicectomia comprensiva di terapia endodontica (otturazione retrograda) esclusi i denti del gruppo frontale (da 18 a 14; da 24 a 28; da 38 a 34 e da 44 a 48)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	4	5	6	7	8	<input type="text"/>												
8	7	6	5	4																																
4	5	6	7	8																																
8	7	6	5	4																																
4	5	6	7	8																																
353	Frenulectomia o frenulotomia	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
323	Rizectomia (avulsione di una sola radice dentaria in elemento pluriradicolato), compresa eventuale osteotomia e/o rizotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
272	Rizotomia (separazione delle radici di un dente pluriradicolato con conservazione delle stesse), compresa eventuale osteotomia e/o lembo di accesso	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
310	Asportazione di neoformazione (epulide, leucoplachia, cisti mucosa) comprovata da esame istologico, con o senza resezione del bordo alveolare	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																



CHIRURGIA ORALE (segue)

		N°	POSIZIONE	IMPORTO
330	Chirurgia preprotetica, solo per protesi mobile (rimozione di fibromatosi, ipertrofie osteomucose, regolarizzazioni di sedi postestrattive) per arcata (comprovata da documentazione fotografica pre e post intervento)	<input type="text"/>	<div style="text-align: center;">  </div>	<input type="text"/>
269	Asportazione di cisti dei mascellari con lembo di accesso, svuotamento, innesto di osso autologo e/o materiale biocompatibile (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica pre e post intervento)	<input type="text"/>	<div style="text-align: center;">  </div>	<input type="text"/>
525	Biopsie del cavo orale (qualsiasi numero di biopsie)	<input type="text"/>		<input type="text"/>

IMPLANTOLOGIA

Le prestazioni si intendono comprensive di qualsiasi componentistica per l'implantologia salvo quelle descritte.

		N°	POSIZIONE	IMPORTO				
341	Impianto osteointegrato compreso eventuale moncone provvisorio e/o vite di guarigione (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione radiografica)	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="text"/>
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
54	Moncone definitivo in titanio su impianto	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="text"/>
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
291	DIMA per impianti ad arcata (rimborsabile solo dietro presentazione di certificato di conformità)	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
527	Sedazione cosciente per via endovenosa o inalatoria (comprensiva di farmaci e materiali) comprovata da certificazione sanitaria o copia cartella clinica ambulatoriale	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
528	Sedazione o narcosi con assistenza specialistica dell'anestesista (comprensiva di farmaci e materiali) comprovata da cartella clinica anestesiologicala ambulatoriale	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

PROTESI PROVVISORIA FISSA E MOBILE

Ognuna delle voci sottoelencate, alternative tra loro, relative alle prestazioni effettuate su uno stesso elemento dentale, non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) dalla precedente prestazione.

Le prestazioni si intendono comprensive di presa delle impronte, studio dei modelli in articolatore, ceratura diagnostica e tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa.

Le prestazioni protesiche sono rimborsabili solo dietro presentazione di certificato di conformità specificante il tipo di protesi, di materiale e gli elementi dentali interessati (si veda la nota CE nelle premesse).

		N°	POSIZIONE	IMPORTO				
139	Corona o elemento di protesi fissa provvisoria immediata in resina o altro materiale	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="text"/>
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
140	Corona o elemento di protesi fissa provvisoria in resina semplice o armata (su struttura metallica) effettuata in laboratorio	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="text"/>
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
141	Protesi rimovibile provvisoria ad elemento	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="text"/>
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							



PROTESI DEFINITIVA FISSA

Ognuna delle voci sottoelencate, alternative tra loro, relative alle prestazioni effettuate su uno stesso elemento dentale, non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) dalla precedente prestazione.

Le prestazioni si intendono comprensive di presa delle impronte, studio dei modelli in articolatore, ceratura diagnostica e tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa.

Le prestazioni protesiche sono rimborsabili solo dietro presentazione di certificato di conformità (si veda la nota CE nelle premesse).

Per corone, intarsi o faccette estetiche, realizzate a studio con macchinario CEREC e tecnologia CAD/CAM, non serve il certificato di conformità del laboratorio odontotecnico ma un certificato dell'odontoiatra attestante che la protesi è stata eseguita nello studio con questo macchinario e tecnologia.

		N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
82	Corona (a giacca) in ceramica (integrale) o vetrosa e allumina o zirconio o disilicato di litio compresa eventuale rimozione corona preesistente	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
810	Corona o elemento di protesi fissa in lega e ceramica o titanio compresa eventuale rimozione corona preesistente	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
815	Corona fusa o elemento di protesi fissa in lega e resina compresa eventuale rimozione corona preesistente	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
56	Faccetta in materiale composito o ceramica della superficie assiale di una corona dentaria	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
96	Corona telescopica (conometrica, cappette doppie Amsterdam) comprensiva di cappetta primaria e secondaria rivestita di qualsiasi materiale estetico	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
820	Struttura di tipo Maryland Bridge con elemento in qualsiasi materiale, comprensivo di provvisorio	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
73	Intarsio onlay (qualsiasi materiale)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
71	Intarsio inlay (qualsiasi materiale)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													

PROTESI DEFINITIVA MOBILE O IBRIDA COMBINATA FISSA-MOBILE

Ognuna delle voci sottoelencate, alternative tra loro, relative alle prestazioni effettuate su una stessa arcata dentale, non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) dalla precedente prestazione.

Le prestazioni si intendono comprensive di presa delle impronte, studio dei modelli in articolatore, ceratura diagnostica e tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa.

Le prestazioni protesiche sono rimborsabili solo dietro presentazione di certificato di conformità (si veda la nota CE nelle premesse).

		N°	POSIZIONE	IMPORTO		
825	Protesi ibrida del tipo "Toronto Bridge", qualsiasi numero di impianti, completa di elementi di barra fresata o mesostruttura	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>AS</td></tr> <tr><td>AI</td></tr> </table>	AS	AI	<input type="text"/>
AS						
AI						
830	Protesi mobile totale per arcata con denti in qualsiasi materiale ed eventuale struttura metallica	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>AS</td></tr> <tr><td>AI</td></tr> </table>	AS	AI	<input type="text"/>
AS						
AI						
170	Protesi mobile parziale in resina acrilica con ganci; rimborsabile solo se associata alla voce OD/530	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td>AS</td></tr> <tr><td>AI</td></tr> </table>	AS	AI	<input type="text"/>
AS						
AI						


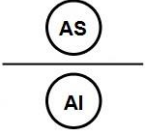


PROTESI DEFINITIVA MOBILE O IBRIDA COMBINATA FISSA-MOBILE (segue)

Ognuna delle voci sottoelencate, alternative tra loro, relative alle prestazioni effettuate su una stessa arcata dentale, non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) dalla precedente prestazione.

Le prestazioni si intendono comprensive di presa delle impronte, studio dei modelli in articolatore, ceratura diagnostica e tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa.

Le prestazioni protesiche sono rimborsabili solo dietro presentazione di certificato di conformità (si veda la nota CE nelle premesse).

	N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
481	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
530	<input type="text"/>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
193	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
195	<input type="text"/>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				

ALTRE PRESTAZIONI PROTESICHE MOBILI

	N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
542	<input type="text"/>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
543	<input type="text"/>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
200	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
835	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
221	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
222	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
230	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																



ORTODONZIA E GNATOLOGIA

Il rimborso per trattamento ortodontico fisso e/o mobile è previsto per 3 anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) nell'arco della vita.
 Il contributo annuale per trattamento ortodontico è erogabile solo con riferimento all'anno del documento di spesa.

		N°	POSIZIONE	IMPORTO																																
451	Molaggio selettivo su denti naturali, massimo due sedute per anno civile (1 gennaio -31 dicembre); (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica con riscontro sui modelli in gesso)	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
450	Analisi chinesigrafica (rimborsabile solo dietro presentazione del referto)	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
532	Tracciato cefalometrico su teleradiografia del cranio (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione del tracciato cefalometrico)	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
606	Bite per anno civile (1 gennaio - 31 dicembre) massimo per due anni anche non consecutivi (rimborsabile solo dietro presentazione di certificato di conformità)	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
616	Contributo per riposizionatore cranio mandibolare (dispositivo per avanzamento mandibolare - MAD) per sindrome delle apnee ostruttive notturne (OSAS), comprensivo di tutte le prestazioni sanitarie di controllo per i primi 12 mesi, alternativo al codice PS OT 005000065 (non ripetibile)	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																
533	Esposizione chirurgica di dente incluso (disinclusione) a scopo ortodontico, compresa prestazione dell'ortodontista ed osteotomia e/o lembo di accesso (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="text"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					
480	Trattamento ortodontico preprotetico in caso di edentulia per riacquistare lo spazio necessario a un impianto con corona o ad un ponte (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica pre e post trattamento)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>AS</td> </tr> <tr> <td>AI</td> </tr> </table>	AS	AI	<input type="text"/>																														
AS																																				
AI																																				
541	Contributo per trattamento ortodontico per anno civile (1 gennaio - 31 dicembre) per un massimo di tre anni civili	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																



PARODONTOLOGIA ED IGIENE ORALE

		N°	POSIZIONE	IMPORTO
601	Ablazione tartaro, massimo due sedute per anno civile (1 gennaio - 31 dicembre)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
526	Prelievo di osso autologo da sede intraorale (dai mascellari) per innesto (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica intraoperatoria)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
610	Allungamento di corona clinica (per elemento); non ripetibile sullo stesso elemento; (rimborsabile solo dietro presentazione di documentazione fotografica intraoperatoria)	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Ognuna delle voci sottoelencate relative alle prestazioni effettuate su una stessa emiarcata dentale, non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) dalla precedente prestazione.
 Le prestazioni si intendono comprensive di tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa. Le prestazioni sono rimborsabili solo dietro presentazione di documentazione fotografica intraoperatoria (si veda la nota Foto nelle premesse).

		N°	POSIZIONE	IMPORTO				
612	Splintaggio di elementi dentari, solo per parodontopatie, per emiarcata	<input type="text"/>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q	4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q							
4Q	3Q							
613	Gengivectomia e/o gengivoplastica per emiarcata	<input type="text"/>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q	4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q							
4Q	3Q							
609	Levigatura radicolare e curettage gengivale per emiarcata; prestazione non rimborsabile insieme al codice OD/614 sulla stessa emiarcata	<input type="text"/>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q	4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q							
4Q	3Q							
614	Curettage gengivale a cielo aperto per emiarcata; prestazione non rimborsabile insieme al codice OD/609 sulla stessa emiarcata	<input type="text"/>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q	4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q							
4Q	3Q							
615	Lembo mucogengivale con innesto epitelioconettivale per emiarcata	<input type="text"/>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q	4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q							
4Q	3Q							
607	Abbassamento di fornice per emiarcata con qualsiasi tipo di lembo di accesso	<input type="text"/>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q	4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q							
4Q	3Q							



PARODONTOLOGIA ED IGIENE ORALE (segue)

Ognuna delle voci sottoelencate relative alle prestazioni effettuate su una stessa emiarcata dentale, non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni civili (1 gennaio - 31 dicembre) dalla precedente prestazione.
 Le prestazioni si intendono comprensive di tutte le altre fasi che rientrano nelle procedure standard per effettuare la prestazione completa. Le prestazioni sono rimborsabili solo dietro presentazione di documentazione radiografica (si veda la nota RX nelle premesse).

		N°	POSIZIONE	IMPORTO						
608	Chirurgia ossea resettiva e/o rigenerativa (trattamento completo compreso innesto osseo e/o materiale biocompatibile) per emiarcata; questa voce esclude OD/442, OD/444, OD/452 e OD/611 sulla stessa emiarcata	<input type="text"/>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q			4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q									
4Q	3Q									
611	Rigenerazione di perdita ossea post-estrattiva compreso innesto di osso autologo e/o materiale biocompatibile in sito singolo per emiarcata; questa voce esclude OD/442, OD/444, OD/452 e OD/608 sulla stessa emiarcata	<input type="text"/>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q			4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q									
4Q	3Q									
444	Piccolo rialzo del seno mascellare (PRSM) compreso innesto osseo e/o materiale biocompatibile; questa voce esclude OD/442, OD/452, OD/608, OD/611 sulla stessa emiarcata superiore	<input type="text"/>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>	1Q	2Q			<input type="text"/>		
1Q	2Q									
452	Grande rialzo del seno mascellare (GRSM) compreso innesto osseo e/o materiale biocompatibile; questa voce esclude OD/442, OD/444, OD/608 e OD/611 sulla stessa emiarcata superiore	<input type="text"/>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>	1Q	2Q			<input type="text"/>		
1Q	2Q									
442	Ampliamento di cresta alveolare compreso innesto di osso autologo e/o materiale biocompatibile in sito multiplo per emiarcata; questa voce esclude OD/444, OD/452, OD/608 e OD/611 sulla stessa emiarcata	<input type="text"/>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q			4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q									
4Q	3Q									
445	Membrana (inserimento di un dispositivo a barriera di qualsiasi materiale durante intervento di chirurgia di ampliamento della cresta alveolare), rimborsabile solo se associata alla voce OD/442 sulla stessa emiarcata e dietro presentazione della fustella	<input type="text"/>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2Q</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">4Q</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">3Q</td> </tr> </table>	1Q	2Q			4Q	3Q	<input type="text"/>
1Q	2Q									
4Q	3Q									

Per la prestazione 445 è obbligatorio apporre la fustella del dispositivo medico nei riquadri sottostanti.

1Q	

2Q	

3Q	

4Q	

IMPORTO TOTALE (come da notula/e)

