

# F.I.D.A.

## Fondo Integrativo Di Assistenza Ravenna

- versalis e aziende di settore associate - Cod. Fisc. 92046790397

### SPESE ODONTOIATRICHE (compilazione e sottoscrizione a cura del Medico Odontoiatra)

da ALLEGARE al "mod.R01" Richiesta di Rimborso ed alle fatture-ricevuta di spesa di cui sotto:

Fatt. N° ..... del ..... Fatt. N° ..... del ..... Fatt. N° ..... del ..... Fatt. N° ..... del .....

Il sottoscritto Studio Dentistico dott. \_\_\_\_\_ dichiaro che il Sig. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ è stato sottoposto ad interventi odontoiatrici e sostenuto spese come sotto riportato:

DESCRIZIONE	Quantità	Importo €
<b>IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA</b>		
• Visita odontostomatologica		
• Ablazione tartaro		
• Levigatura radicolare	Nr. quadranti _____	
<b>RADIOLOGIA</b>		
• Radiografia endorale	Nr.elem.dente / Quantità	Importo €
• Ortopantomografia		
<b>CHIRURGIA ORALE (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>		
• Intervento chirurgico paradontale		
• Estrazione di dente o radice		
• Estrazione di ottavo in inclusione ossea		
• Gengivectomia o innesto osseo		
• Rizotomia (escluso lembo)		
• Apicectomia		
<b>TERAPIA CONSERVATIVA (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>		
• Otturazione semplice (in amalgama o in composito)		
• Ricostruzione complessa in composito		
• Terapia canalare	/ (tot. Canali ___)	
• Sigillatura di elementi dentari		
<b>PROTESI FISSA (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>		
• Provvisorio in resina (per elemento)		
• Corona-capsula-elemento impianto composito ceramica-integrale-zirconio		
• Intarsio in composito ceramica-integrale-zirconio		
• Perno moncone (escluso elemento protesico)		
• Rimozione protesi (per pilastro)		
<b>IMPLANTOLOGIA (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>		
• Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi		
<b>PROTESI MOBILI</b>		
• Protesi mobile parziale in resina con ganci		
• Protesi mobile totale per arcata		
• Protesi mobile parziale con attacchi		
• Protesi mobile totale con attacchi		
• Scheletrato con ganci		
• Ribasatura di protesi mobile in resina		
• Byte-plane o placca di svincolo		
• Riparazione di apparecchio in resina o scheletrato		
<b>• TRATTAMENTI DI ORTODONZIA E RELATIVI APPARECCHI</b>		
<b>TOTALE IMPORTO FATTURE</b>		<b>€</b>

Per interventi di implantologia, ricostruzioni complesse, con spese complessive **superiori a €3000**, deve essere allegata copia della **RADIOGRAFIA ENDORALE o PANORAMICA** preventiva e al termine degli interventi.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico odontoiatra \_\_\_\_\_