

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 €
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA		
• Visita odontostomatologica		
• Ablazione tartaro		
• Levigatura radicolare	Nr.quadranti _____	
RADIOLOGIA		
• Radiografia endorale		
• Ortopantomografia		
CHIRURGIA ORALE (inclusi anestesia e montaggio diga)		
• Intervento chirurgico paradontale		
• Estrazione di dente o radice		
• Estrazione di ottavo in inclusione ossea		
• Gengivectomia o innesto osseo		
• Rizotomia (escluso lembo)		
• Apicectomia		
TERAPIA CONSERVATIVA (inclusi anestesia e montaggio diga)		
• Otturazione semplice (in amalgama o in composito)		
• Ricostruzione complessa in composito		
• Terapia canalare (tot. nr. Canali _____)		
• Sigillatura di elementi dentari		
PROTESI FISSA (inclusi anestesia e montaggio diga)		
• 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)		
IMPLANTOLOGIA (inclusi anestesia e montaggio diga)		
• Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi		
PROTESI MOBILI		
• 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		
• TRATTAMENTI DI ORTODONZIA E RELATIVI APPARECCHI		
TOTALE IMPORTO FATTURE		€

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

Data _____

Timbro e firma del medico odontoiatra _____