



PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA - FAX DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE - PREVENTIVO DI SPESA: DETTAGLIO

Parte riservata al C.tro Servizi N. AUTORIZZAZIONE Arca

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Indicare per ogni prestazione da eseguire il CODICE di riferimento del Nomenclatore Tariffario FISDE in vigore, il dente/i da fatturare secondo la codifica tradizionale, nonché gli accertamenti radiografici. Le prestazioni di seguito descritte, una volta autorizzate, dovranno essere tariffate applicando le condizioni economiche concordate con il FISDE. Le eccedenze di spesa rispetto a quanto rimborsato dal FISDE sono saldate dall'assistito.

denti permanenti [ ] denti decidui [ ] (contrassegnare con X)

Table with columns for dental codes (18-28, 48-58, 85-95) and rows for 'totale' and 'codice' with sub-columns for 'quota socio' and 'quota fisde'. Includes 'arcata o emiarcata' labels.

Totale [ ] totale quota Socio [ ] totale quota Fisde [ ]

Indicare la durata presunta delle cure ed eventuali note della Struttura Odontoiatrica: [ ]

Note:

NOTA BENE: In caso di variazione del piano di cura in corso d'anno occorre richiedere nuova autorizzazione al Centro Servizi ARCA. Il presente preventivo ha validità fino al 31 dicembre dell'anno corrente.

Si ricorda che al termine delle cure deve essere inviata al Centro Servizi ARCA la " SCHEDA PER CURE ODONTOIATRICHE" in ORIGINALE ove dovranno risultare le prestazioni effettivamente eseguite. Dovrà essere, altresì, inviata la documentazione radio-fotografica e quanto previsto dalla normative FISDE.

Il Socio è consapevole che i suddetti importi sono suscettibili di variazione in relazione alla propria situazione di capienza relativa al limite massimo di rimborso (tetto) erogabile per ciascun anno (01 gennaio - 31 dicembre), tenuto conto dei documenti di spesa presentati. In relazione a ciò, il Socio si impegna a rimborsare al FISDE gli eventuali importi pagati in eccedenza dal FISDE stesso.

luogo e data

Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

L'avente diritto - se maggiorenne (FIRMA LEGGIBILE)

Il Medico Odontoiatra della struttura che eseguirà le cure (Timbro e Firma)

La Struttura Sanitaria (Timbro e Firma)