

Parte riservata al FISDE

	PREVENTIVO DI SPESA PER ODONTOIATRIA	N. e data autorizzazione	
---	--------------------------------------	-----------------------------	--

Fondo Integrativo Sanitario per i Dipendenti del Gruppo ENEL

COGNOME		NOME				
Indicare per ogni prestazione da eseguire il codice del Nomenclatore tariffario in vigore, il/i dente/i da fatturare secondo la codifica tradizionale. 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 da FISDE (pari al 56% dei valori del Nomenclatore Tariffario) sono saldate dall'assistito.						
Durata delle cure (GG/MM/AAAA)		DAL		AL		
Codice FISDE	Quantità	Elementi	Arcata/Emiarcata	Totale	Quota Fisce	Quota Socio
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			----- -----			
			TOTALE			

Il presente preventivo ha validità fino al 31 dicembre dell'anno corrente. In caso di variazione del piano di cura in corso d'anno, la struttura si impegna a richiedere una nuova autorizzazione al FISDE. Qualora le prestazioni non fossero ultimate entro il 31 dicembre dell'anno corrente, la struttura si impegna a richiedere una nuova autorizzazione con validità 1 gennaio dell'anno successivo.

Si ricorda che al termine delle cure deve essere inviata al FISDE la " SCHEDA PER CURE ODONTOIATRICHE" in ORIGINALE ove dovranno risultare le prestazioni effettivamente eseguite. **La struttura sanitaria è consapevole che il pagamento da parte del FISDE è vincolato alla presentazione della documentazione così come indicato nel Nomenclatore Tariffario e riportato nella Scheda per Cure Odontoiatriche.**

(luogo e data)

IL SOCIO (firma leggibile) _____ L'AVENTE DIRITTO - SE MAGGIORENNE (firma leggibile) _____ LA STRUTTURA SANITARIA (timbro e firma)

NOTE

Limiti massimi di rimborso per anno (1 gennaio - 31 dicembre):

Soci ordinari e Soci aggregati (gestione Sel) € 4.000,00 per beneficiario/familiare; € 6.000,00 per due componenti lo stesso nucleo familiare, fermo restando il limite individuale di € 4.000,00; € 8.000,00 per tre o più componenti lo stesso nucleo familiare, fermo restando il limite individuale di € 4.000,00.

Soci straordinari (pensionati) € 2.500,00 per se stesso.

Soci aggregati (gestione Edison) € 5.000,00 per beneficiario/familiare; € 7.500,00 per due componenti lo stesso nucleo familiare, fermo restando il limite individuale di € 5.000,00; € 10.000,00 per tre o più componenti lo stesso nucleo familiare, fermo restando il limite individuale di € 5.000,00.

Il sottoscritto dichiara: 1) di essere a conoscenza dei sopra indicati limiti massimi di rimborso erogabili da FISDE per ciascun anno per prestazioni odontoiatriche; 2) di impegnarsi a restituire a FISDE la quota di spesa eccedente tali limiti versata da FISDE alla struttura sanitaria per la presente richiesta nonché ogni altra somma che, in eccedenza rispetto a tali limiti, riceva da FISDE, nel corso del presente anno (1° gennaio – 31 dicembre), per prestazioni odontoiatriche fruite in forma diretta e/o indiretta per sé e/o per familiari a carico.

(luogo e data)

IL SOCIO (firma leggibile)