

SCHEDA PER CURE ODONTOIATRICHE

La scheda odontoiatrica deve essere compilata, in tutte le sue parti dall'odontoiatra che ha eseguito le cure. Nel caso di assistenza "diretta" sarà cura della struttura sanitaria inviare la presente scheda al FISDE.

Ai fini del riconoscimento del rimborso il Fondo è obbligatorio presentare gli esami richiesti a completamento della pratica secondo un criterio di omogeneità, se sono state inviate fotografie pre cura devono essere inviate fotografie post cura, se sono stati inviati esami ortopantomamici pre cura devono essere inviati esami ortopantomamici post cura, idem per gli esami radiografici endorali.

Non verranno accettati esami radiografici illeggibili, né copie su carta di radiografie o fotocopie; le radiografie in formato analogico (pellicola) devono essere allegate in originale, le radiografie in formato digitale devono essere presentate come copia su CD. Le radiografie digitali devono essere in formato jpg o in grado di aprirsi automaticamente su PC, non verranno accettati esami radiografici che richiedano specifici software per essere letti. Tutti gli esami radiografici allegati devono riportare il nome del paziente e la data di esecuzione, se radiogrammi endorali anche l'indicazione del numero di dente interessato.

Le fotografie endorali devono essere chiare, correttamente eseguite e devono riportare il nome del paziente e la data di esecuzione.

Tutte le prestazioni sono comprensive dell'anestesia locale.

La visita odontoiatrica non è rimborsabile.

MODALITA' DI COMPILAZIONE: indicare nelle apposite colonne il NUMERO delle prestazioni eseguite, la POSIZIONE degli elementi dentali sui quali sono state effettuate le cure e il relativo IMPORTO Totale.

Per la forma DIRETTA indicare la quota a carico Socio e la quota a carico FISDE.

Al presente modulo deve essere allegata la documentazione sanitaria e/o i documenti richiesti per le singole prestazioni secondo quanto previsto dalle premesse di branca e la copia dei giustificativi di spesa.

Le fatture, con applicazione della marca da bollo, ove previsto, devono essere presentate unitamente alla domanda di rimborso.

Per la forma DIRETTA deve essere allegato anche il preventivo di spesa in originale.

La scheda redatta alla fine delle cure deve essere datata e sottoscritta dal Socio/avente diritto e dal Medico Odontoiatra.

Il sottoscritto Dr. _____ in qualità di medico chirurgo/odontoiatra
operante presso lo studio dentistico _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità civile e penale di aver eseguito a favore del/della sig./sig.a _____

le prestazioni odontoiatriche di seguito indicate alla data di sottoscrizione della presente dichiarazione per le quali si allega la seguente documentazione:

Esame pre cura: OPT rx endorale Tac fotografia intraorale Altro

Esame post cura: OPT rx endorale Tac fotografia intraorale Altro

Dichiarazione di conformità certificazione dell'odontoiatra esame istologico

La presente scheda, che non ha valore a fini fiscali, rappresenta il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture sotto elencate.

FATTURA N. _____ del _____ Importo _____ ; FATTURA N. _____ del _____ Importo _____

FATTURA N. _____ del _____ Importo _____ ; FATTURA N. _____ del _____ Importo _____

Totale complessivo _____

per la forma DIRETTA indicare: Totale quota Fisce _____ Totale Quota Socio _____

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|--|---|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| SEZIONE DIAGNOSTICA | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisde |
| 9986 | Rilievo impronte e modelli di studio del caso - rimborsabile una volta l'anno | | | | | |
| 9985 | Esame diagnostico ortodontico comprensivo di: impronte e modelli da museo, fotografie, analisi cefalometrica - rimborsabile ogni 5 anni. | | | | | |
| IGIENE ORALE | | | | | | |
| 2443 | Ablazione tartaro - rimborsabile una seduta l'anno. | | | | | |
| 9984 | Applicazioni topiche di fluoro per arcata e fino a 18 anni di età - rimborsabili una volta l'anno | | | | | |
| 9983 | Sigillatura dei solchi - per elemento, fino a 18 anni di età - rimborsabile ogni 2 anni | | | | | |
| PARODONTOLOGIA - Premessa: le prestazioni di chirurgia parodontale gengivale, muco-gengivale e ossea, (codici 2444 - 2445 - 2446) non sono sovrapponibili sulla stessa emiarcata o sestante. E' rimborsabile un solo intervento per sestante e per anno. Il codice 2448 è compatibile solo con il codice 2446. | | | | | | |
| | | | | | Solo per la forma diretta | |
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisde |
| 2444 | Chirurgia gengivale, courettage a cielo aperto, gengivectomia, gengivoplastica per emiarcata o sestante e per anno (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) | | | | | |
| 2445 | Chirurgia muco-gengivale, innesto connettivale, abbassamento di fornice, chirurgia preprotetica e allungamento di corona clinica, per emiarcata o sestante e per anno (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) non sovrapponibile sulla con i cod. 2444 e 2446. | | | | | |
| 2446 | Chirurgia ossea, resettiva, rigenerativa, split-crest per emiarcata o sestante e per anno (incluso qualsiasi tipo di lembo di accesso - inclusa sutura) non sovrapponibile con i cod. 2444 e 2445. | | | | | |
| 2448 | Innesto di materiale biocompatibile, materiale osteoinduttore e membrana, ricostruzione con innesti ossei autologhi o eterologhi dei mascellari per emiarcata o sestante e per anno. Compatibile solo con codice 2446. | | | | | |
| 2449 | Levigatura radicolare e courettage gengivale per emiarcata e per anno | | | | | |
| 2450 | Splintaggio interdentale, qualsiasi materiale impiegato, per emiarcata o sestante e per anno | | | | | |
| CHIRURGIA - Premessa: sono comprese nelle prestazioni le medicazioni e gli interventi relativi alle complicanze post-chirurgiche. Per i trattamenti di cui ai codici 2452 -2461 - 8979 è obbligatorio allegare l'esame radiografico endorale o ortopantomico o fotografico o tac prima dell'intervento adeguatamente descrittivo della terapia da eseguire. Per il codice 2453 è obbligatorio allegare alla domanda di rimborso copia dell'esame istologico. Per i codici 8978 e 8977 obbligo di allegare certificazione sanitaria o cartella clinica anestesologica. Le prestazioni di chirurgia non sono ripetibili prima di 2 anni, salvo le prestazioni di cui ai codici 2452- 2454 - 2455, 2456, 2457, 8980, 2461 che non sono mai ripetibili. | | | | | | |
| | | | | | Solo per la forma diretta | |
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisde |
| 2452 | Apicectomia con otturazione retrograda per dente (cura canalare a parte) 1 volta nella vita - Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima dell' intervento adeguatamente descrittivo della terapia da eseguire | | | | | |
| 2453 | Biopsie (qualsiasi numero di biopsie - escluso esame istologico) Obbligo di allegare copia dell'esame istologico | | | | | |
| 2454 | Esposizione chirurgica di dente incluso a scopo ortodontico per elemento | | | | | |
| 2455 | Estrazione di dente o radice semplice o complessa | | | | | |
| 2456 | Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale | | | | | |
| 2457 | Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale | | | | | |
| 8980 | Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale o germectomia | | | | | |
| 2459 | Interventi di piccola chirurgia orale frenulotomia o frenulectomia, incisione di ascessi, sutura di ferita, scappucciamento di denti in eruzione e ogni altro piccolo intervento ambulatoriale, per emiarcata. - rimborsabile ogni 2 anni. | | | | | |
| 8979 | Interventi di chirurgia orale più estesi o complessi, reimpianto dentale, asportazione di neoformazione o cisti mucosa, cisti follicolare, cisti odontogena, osteomi, cementomi, odontomi, torus, osteiti, rimozione di calcolo salivare, chiusura di comunicazione oro-antrale e ogni altro intervento ambulatoriale che preveda l'incisione di un lembo di accesso. Obbligo di allegare l'esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima dell'intervento adeguatamente descrittivo della terapia da eseguire. - rimborsabile ogni 2 anni. | | | | | |
| 8978 | Sedazione cosciente per via endovenosa o inalatoria, comprensiva di farmaci e materiali, comprovata da certificazione sanitaria o copia cartella clinica ambulatoriale | | | | | |
| 8977 | Sedazione o narcosi con assistenza specialistica dell'anestesista, comprensiva di farmaci e materiali, comprovata da cartella clinica anestesologica ambulatoriale redatta dall'anestesista | | | | | |
| 2461 | Rizotomia e/o rizectomia, compreso lembo di accesso - come unico intervento 1 sola volta per singolo elemento. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima dell'intervento adeguatamente descrittivo della terapia da eseguire | | | | | |

CONSERVATIVA - Premessa: sono rimborsabili le otturazioni sullo stesso dente ogni 2 anni. Per il trattamento di cui ai codici 2464 e 8976 (rimborsabili ogni 5 anni) è obbligatorio allegare alla domanda la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante o certificato del medico curante.

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|------|---|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisce |
| 2463 | Incappucciamento della polpa diretto o indiretto fino a 18 anni, una sola volta nella vita, per elemento | | | | | |
| 2464 | Intarsi inlay od onlay in LP o ceramica o CAD CAM . Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante. Per gli intarsi CAD CAM, confezionati in studio, allegare certificato del medico curante - rimborsabile ogni 5 anni. | | | | | |
| 8976 | Intarsi inlay o onlay in composito. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante - rimborsabile ogni 5 anni. | | | | | |
| 8963 | Otturazione a 1 superficie in amalgama o composito | | | | | |
| 8964 | Otturazione a 2 o più superfici in amalgama o composito anche con perni di ritenzione | | | | | |

ENDODONZIA - Premessa: sono comprese nelle relative prestazioni: la ricostruzione coronale pre-endodontica e le medicazioni di pronto soccorso endodontico. Le cure endodontiche si intendono per elemento e non sono ripetibili. Il codice 8974 si applica su un elemento già trattato, non prima di 2 anni e non è mai ripetibile.

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|------|---|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisce |
| 2471 | Cura canalare completa 1 canale. | | | | | |
| 2472 | Cura canalare completa 2 canali. | | | | | |
| 2473 | Cura canalare completa 3 o più canali. | | | | | |
| 8974 | Ritattamento endodontico per canale, una sola volta e per denti non trattati nei due anni precedenti | | | | | |
| 2474 | Cura canalare di dente deciduo, qualsiasi numero di canali, pulpotomia e otturazione della camera pulpare di dente deciduo - rimborsabile fino a 12 anni di età. | | | | | |
| 9981 | Trattamento completo di apacificazione su denti permanenti - rimborsabile fino a 12 anni di età per massimo 3 sedute - cura canalare a parte | | | | | |

IMPLANTOLOGIA - Premessa: qualsiasi prestazione di implantologia non è rimborsabile sullo stesso elemento dentale prima di 5 anni. Per i trattamenti di cui ai codici 2476 - 2477 - 9979 è obbligatorio allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima e dopo l'intervento o fotografia intraorale prima e durante l'intervento.

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|------|---|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisce |
| 9980 | Dima radiologica e chirurgica per emiarcata - rimborsabile sullo stesso elemento ogni 5 anni. | | | | | |
| 2476 | Impianto osteo-integrato, qualsiasi superficie implantare, per elemento - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima e dopo l'intervento o fotografia intraorale prima e durante l'intervento | | | | | |
| 2477 | Intervento di grande rialzo del seno mascellare, intervento ambulatoriale completo per emiarcata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima e dopo l'intervento o fotografia intraorale prima e durante l'intervento | | | | | |
| 9979 | Intervento di piccolo rialzo del seno mascellare, intervento ambulatoriale completo per emiarcata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o tac prima e dopo l'intervento o fotografia intraorale prima e durante l'intervento | | | | | |
| 9652 | Componente protesica dell'impianto: abutment, pilastro transmucoso su impianto, moncone fresato, moncone fuso individuale, moncone cad-cam, attacco di precisione - rimborsabile ogni 5 anni. | | | | | |

PROTESI - PROTESI FISSE - Premessa: qualsiasi prestazione di protesi non è rimborsabile sullo stesso elemento dentale prima di 5 anni ad esclusione dei codici 2492 e 2493 che sono rimborsabili ogni 2 anni.

Nel caso di protesi totali su arcate edentule nessun rimborso potrà essere ulteriormente erogato prima di 5 anni sulla stessa arcata anche in presenza di nuovi sistemi terapeutici innovativi. Le voci protesi parziale rimovibile definitiva, protesi scheletrata, protesi totale non sono fra loro compatibili sulla stessa arcata. Non sono previste altre possibilità. Per le prestazioni di cui ai codici 2479 - 2480 - 8973 - 9975 - 9976 è obbligatorio allegare alla domanda esame radiografico endorale o ortopantomico o foto intraorale del caso prima e dopo le cure e la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante o, per i manufatti CAD - CAM, il certificato del medico curante. Per la prestazione di cui al codice 2483 è obbligatorio allegare alla domanda la dichiarazione di conformità del fabbricante per i perni fusi o la certificazione dell'odontoiatra per i perni del commercio. Non sono rimborsate otturazioni conservative (codici 8963 - 8964) su elementi interessati da protesi fissa (corone e ponti)

Per le prestazioni di cui ai codici 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 è obbligatorio allegare alla domanda la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto protesico.

| | | Solo per la forma diretta | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------|----------|----------------|-------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisse |
| 9977 | Ceratura diagnostica (per arcata)- rimborsabile ogni 5 anni | | | | | |
| 2479 | Corona fusa LNP, corona in LNP e ceramica o resina, corona telescopica, corona definitiva in composito, per elemento- rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o foto intraorale del caso prima e dopo le cure e la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto. | | | | | |
| 2480 | Corona fusa in LP, corona in LP e ceramica o resina, aurogalvanica e ceramica per elemento- rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o foto intraorale del caso prima e dopo le cure e la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto. | | | | | |
| 8973 | Corona in ceramica integrale, zirconia, disilicato di litio, CAD CAM per elemento - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o foto intraorale del caso prima e dopo le cure e la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto. Per CAD CAM, confezionati in studio, allegare certificato del medico curante. | | | | | |
| 2481 | Corona provvisoria in resina armata (LNP/LP), per elemento - rimborsabile ogni 5 anni | | | | | |
| 2482 | Corona provvisoria in resina non armata, per elemento - rimborsabile ogni 5 anni | | | | | |
| 9976 | Mesostruttura in LNP/LP, struttura di ritenzione ancorata a corone protesiche o a perni fusi o a connessioni implantari, barra prefabbricata, fusa o fresata per overdenture, per elemento pilastro o per impianto- rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o foto intraorale del caso prima e dopo le cure e la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto | | | | | |
| 2483 | Perno moncone fuso in (LNP/LP) o ceramici, perni moncone in metallo o in fibra di vetro o in fibra di carbonio del commercio per elemento - rimborsabile ogni 5 anni per elemento. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante per i perni fusi o la certificazione dell'odontoiatra per i perni del commercio. | | | | | |
| 2485 | Rimozione di corone o perni endocanalari, per elemento - rimborsabile ogni 5 anni | | | | | |
| 2486 | Riparazione diretta di faccetta protesica alla poltrona in resina, ceramica o composito, per elemento - rimborsabile ogni 5 anni | | | | | |
| 9975 | Maryland bridge in LNP/LP e ceramica, zirconia, disilicato di litio, CAD CAM, elemento mancante incluso - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare esame radiografico endorale o ortopantomico o foto intraorale del caso prima e dopo le cure e la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante. Per CAD CAM confezionati in studio, allegare certificato del medico curante. | | | | | |
| PROTESI RIMOVIBILI O MOBILI | | | | | | |
| 2487 | Apparecchio scheletrato, come protesi definitiva, struttura LNP/LP comprensivo di ganci, per arcata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante. | | | | | |
| 9973 | Fresaggi e controfresaggi, su parte fissa, per protesi combinata fissa e mobile, per ogni elemento fresato - rimborsabile ogni 5 anni. | | | | | |
| 2488 | Protesi parziale rimovibile definitiva, comprensiva di ganci, per arcata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante. | | | | | |
| 2489 | Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci, per arcata. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante. | | | | | |
| 9971 | Per ogni elemento in resina o in ceramica aggiunto su protesi rimovibile, parziale o scheletrata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante. | | | | | |
| 2490 | Protesi totale definitiva, comprensiva di denti in resina o ceramica, per arcata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante. | | | | | |
| 2491 | Protesi totale immediata provvisoria, comprensiva di denti in resina o ceramica, per arcata - rimborsabile ogni 5 anni. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità dettagliata del fabbricante del manufatto. | | | | | |
| 2492 | Ribasamento di protesi rimovibile - sistema diretto o indiretto - rimborsabile ogni 2 anni | | | | | |
| 2493 | Riparazione di protesi rimovibile, qualsiasi tipo - rimborsabile ogni 2 anni | | | | | |
| 2494 | Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP/LP fuso o prefabbricato - rimborsabile ogni 5 anni. | | | | | |

GNATOLOGIA - Premessa: per il codice 2496 è obbligatorio allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante del manufatto. Non sono ammessi apparecchi gnatologici (bite, ortotico, placca diagnostica ecc.) in concomitanza di protesi mobile superiore o inferiore. E' ammesso un solo apparecchio o superiore o inferiore.

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|------|--|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisde |
| 2495 | Molaggio selettivo parziale o totale (massimo 1 seduta per anno) | | | | | |
| 2496 | Bite funzionalizzato terapeutico, ortotico, placca diagnostica, o superiore o inferiore ogni 2 anni. Obbligo di allegare la dichiarazione di conformità del fabbricante. Non sono ammessi apparecchi gnatologici (bite, ortotico, placca diagnostica ecc.) in concomitanza di protesi mobile superiore o inferiore. | | | | | |
| 9970 | Registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore a valori individuali (ogni 5 anni) | | | | | |
| 9969 | Registrazione con apparecchiature elettroniche, kinesiografiche, elettromiografiche e studio del caso (ogni 5 anni) con invio dei tracciati elettromiografici e kinesiografici dell'esame. | | | | | |

ORTODONZIA - Premessa: le terapie ortodontiche (per arcata e con qualsiasi tecnica) sono rimborsabili per un periodo massimo pari a quattro anni di trattamento . Sono comprese nelle relative prestazioni le visite di controllo durante tutto il periodo di trattamento. Le apparecchiature di contenzione non concorrono a determinare i quattro anni di trattamento. Non sono previste altre possibilità. Non sono rimborsabili altre terapie ortodontiche prima di 10 anni dal completamento del precedente ciclo di terapie rimborsate. E' obbligatorio allegare alla domanda la seguente documentazione: relazione del medico curante indicante diagnosi e terapia proposta insieme a fotografie intraorali occlusali, frontali e laterali del paziente pre-trattamento; oppure foto occlusali, frontali e laterali dei modelli di gesso pre-trattamento, più la foto clinica del paziente con l'apparecchio in bocca ed indicare i mesi di trattamento.

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|------|---|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisde |
| 9893 | Apparecchiature di contenzione. ARCATA SUPERIORE (qualsiasi tecnica max per 1 anno)- | | | | | |
| 9894 | Apparecchiature di contenzione. ARCATA INFERIORE (qualsiasi tecnica max per 1 anno) | | | | | |
| 9653 | Ortodonzia intercettiva con apparecchi fissi o rimovibili interni o esterni (maschera di Delaire, mentoniera, posizionatore o qualsiasi altra modalità di trattamento) - utilizzati singolarmente o combinati tra loro per anno di terapia. Indicare l'area di applicazione dell'apparecchio | | | | | |
| 9889 | Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature fisse vestibolari o fisse linguali. ARCATA SUPERIORE (qualsiasi tecnica - per anno di terapia) | | | | | |
| 9890 | Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature fisse vestibolari o fisse linguali. ARCATA INFERIORE (qualsiasi tecnica - per anno di terapia). | | | | | |
| 9891 | Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali. ARCATA SUPERIORE (per anno di terapia). | | | | | |
| 9892 | Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali. ARCATA INFERIORE (per anno di terapia). | | | | | |

RADIOLOGIA

| | | | | | Solo per la forma diretta | |
|------|--|----|----------|----------------|---------------------------|-------------|
| | | n. | Elementi | Importo Totale | Quota socio | Quota Fisde |
| 2498 | Ortopantomografia delle arcate dentarie massimo 2 per anno | | | | | |
| 9965 | Radiografia endoorale | | | | | |
| 2499 | Teleradiografia del cranio (proiezione latero-laterale o antero-posteriore) massimo 2 per anno | | | | | |
| 8972 | Dentascan per arcata rimborsabile una volta l'anno | | | | | |
| 8971 | 3D Cone Beam per arcata rimborsabile una volta l'anno | | | | | |
| 8970 | Fotografia endorale, sono rimborsabili esclusivamente le fotografie inviate a corredo della pratica, max 5 per ogni codice, in caso di obbligo inserito in premessa di branca. | | | | | |

luogo e data _____ Timbro e firma del Medico Odontoiatra _____

Il sottoscritto conferma che le prestazioni elencate nella presente scheda sono state dallo stesso effettivamente fruite . Il Socio è consapevole che i suddetti importi - a carico del FISDE ed a carico del Socio - sono suscettibili di variazione in relazione alla propria situazione di capienza relativa al limite massimo di rimborso ("tetto") erogabile per ciascun anno (1° 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. Il sottoscritto scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno tenuto in cura e dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i propri dati personali e sensibili siano oggetto di trattamento e comunicazione nel rispetto di quanto previsto dall'informativa presente sul sito internet del FISDE.

luogo e data _____ Il Socio (firma Leggibile) _____ L'avente diritto (se maggiorenne) _____