

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE
(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
CASSA RBM SALUTE – FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SSN
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Gioberti 33 - 31021 Mogliano Veneto (TV)

Unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

Gestione Iscritti/Aderenti in Servizio

Gestione Iscritti/Aderenti in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA")

E-mail _____ @ _____

Numero matricola _____ Azienda di appartenenza _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Riservato agli iscritti in lunga assenza, in esodo o in quiescenza per la restituzione di eventuale documentazione

Via _____ n. _____ Città _____ (_____)

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Il medico odontoiatra dovrà sottoscrivere la/le prestazione/i eseguite per le quali viene chiesto il rimborso, compilando il dettaglio allegato al presente modulo.

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° Fattura- Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura- Ricevuta	Importo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

_____ , _____

* La Cassa si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie.

NUM	PRESTAZIONI
PREVENZIONE	
	Valutazione orale periodica
	Visite di emergenza (con intervento d'urgenza)
	Radiografia endorale o occlusale o bite-wing
	Radiografia: per ogni radiogramma in più
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Adulto
	Profilassi/ablazione semplice del tartaro – Bambino
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) - bambino
	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi) – adulto
VISITE	
	Visita orale, visita specialistica
	Igiene orale
RADIOLOGIA	
	Rx antero-post-o lat cranio e delle ossa facciali
	Ortopantomografia dentale (OTP)
CONSERVATIVA	
	Sigillatura (per ogni dente)
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)
PARADONTOLOGIA	
	Scalling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)
	Legature dentali extra coronali (4 denti)
	Gengivectomia (per 4 denti)
	Gengivectomia per dente
	Lembo gengivale semplice per 4 denti
	Lembo muco/geng. Riposiz. Apic./couret. Cielo aperto (4 denti)
	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)
ENDODONZIA	
	Amputaz. Coron. Polpa ed otturaz. del cavo pulpare (decidui)
	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
	Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
	Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)

ALTRO:

NUM	PRESTAZIONI
CHIRURGIA	
	Estrazione semplice di dente o radice
	Estr. complessa dente o radice (o in incl. Ossea parz.)
	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
PROTESICA	
	Corona protesica in LNP o ceramica
	Corona protesica in LP e ceramica
	Corona protesica in ceramica integrale
	Corona protesica provvisoria semplice in resina
	Perno monoc./ric. Con perno (fuso/prefabb./fibra carb)
	Protesi totale in resina superiore
	Protesi totale in resina inferiore
	Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Protesi parziali in resina inferiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
	Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. Sup.
	Scheletrato lega stellite fino a 3 elem. – arc. Inf.
	Gancio su scheletrato
	Riparazione protesi
	Aggiunz. Elem su protesi parziale o elem. Su scheletr.
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica indiretta
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica indiretta
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica diretta
	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica diretta
	Attacco di precisione in LNP
ORTOGNATODONZIA	
	Studio del caso
	Terapia ort. Appar. Fisse per arc/anno (adolescenti)
	Terapia ort. Appar. Fisse per arc per anno (adulti)
	Terapia ort. Appar. Mobili o funz. per arc per anno
	Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio
	Bite notturno
IMPLANTOLOGIA	
	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)

Schema numerico dentale

ARCATA DX SUPERIORE I QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
ARCATA DX INFERIORE IV QUADRANTE							

ARCATA SX SUPERIORE II QUADRANTE							
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
ARCATA SX INFERIORE III QUADRANTE							

Elenco delle Prestazioni

Prestazione	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data compilazione _____

Firma e Timbro dell'Odontoiatra _____