

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 alle copie fatture-ricevuta di spesa sotto riportate:

Fatt. N°..... del ..... Fatt. N°..... del ..... Fatt. N°..... del ..... Fatt. N°..... del .....

Il sottoscritto Studio Dentistico ..... dichiaro che il Sig. ....

C.F. .... è stato sottoposto ad interventi odontoiatrici e sostenuto spese come sotto riportato:

DESCRIZIONE		
<b>IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA</b>	<b>Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• Visita odontostomatologica		
• Ablazione tartaro		
• Levigatura radicolare	Tot. quadranti _____	
<b>RADIOLOGIA</b>	<b>Nr.elem.dente / Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• Radiografia endorale • BITEWING		
• OPT • TAC / CONE BEAM / DENTAL SCAN arcate dentarie	Quantità	
<b>CHIRURGIA ORALE (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>	<b>Nr.elem.dente / Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• Intervento chirurgico paradontale		
• Estrazione di dente o radice		
• Estrazione di ottavo in inclusione ossea		
• Gengivectomia o innesto osseo		
• Rizotomia (escluso lembo)		
• Apicectomia - Apicogenesi		
<b>TERAPIA CONSERVATIVA (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>	<b>Nr.elem.dente / Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• Otturazione semplice (in amalgama o in composito)		
• Ricostruzione complessa in composito con / senza perno endocanalare		
• Terapia canalare	/ (q.tà=Nr. Canali _____)	
• Sigillatura di elementi dentari		
<b>PROTESI FISSA (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>	<b>Nr.elem.dente / Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• 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)		
<b>IMPLANTOLOGIA - CHIRURGIA (inclusi anestesia e montaggio diga)</b>	<b>Nr.elem.dente / Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• Impianto osteointegrato compresi monconi per protesi • Rialzo seno mascellare.		
<b>PROTESI MOBILI</b>	<b>Nr.elem.dente / Quantità</b>	<b>Importo €</b>
• 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		
<b>TOTALE IMPORTO FATTURE</b>		<b>€</b>

Per interventi di PROTESI, IMPIANTI, RICOSTR. COMPLESSE con importi complessivi di spesa superiori a € 3000, allegare copia della **RADIOGRAFIA ENDORALE o PANORAMICA preventiva e finale** degli interventi eseguiti.

Data ..... Timbro e firma del medico odontoiatra .....