# DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

*(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuno persona)*

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:
**FONDO FAI, C/O PREVIMEDICAL, via E. Forlanini 24, Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV),**
unitamente agli originali della documentazione.

## DATI ISCRITTO:

Matricola: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nato il: |_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F
Indirizzo di residenza: _____

## DATI FAMILIARE (per il quale si richiede il rimborso):

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nato il: |_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F

## Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Protesi dentarie..... ☐
Cure odontoiatriche. ..... ☐
Crescita difettosa denti (n° 1 arc.)..... ☐
Crescita difettosa denti (n° 2 arc.)..... ☐

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

Si allegano le seguenti fatture:

| | N° FATTURA/ RICEVUTA | ENTE EMITTENTE | DATA FATTURA/ RICEVUTA | IMPORTO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | , |
| 2 | | | | , |
| 3 | | | | , |
| 4 | | | | , |
| 5 | | | | , |
| 6 | | | | , |
| 7 | | | | , |
| | | | **Totale richiesto:** | , |

Eventuali polizze malattia possedute: si ☐ no ☐ Compagnia: _____

**Coordinate bancarie dell'iscritto su cui effettuare il rimborso *(da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate all'atto dell'adesione o comunque prima della compilazione del presente modulo)***

Intestatario conto corrente: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ Firma del lavoratore iscritto:_____

Firma del familiare: _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

## Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

*Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione delle prestazioni previsti dal FONDO FAI. Il consenso è pure esteso nei confronti dei soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Previmedical S.p.A., Strutture Sanitarie, Odontoiatri, Medici Professionisti, Banche e Società che gestiscono servizi postali, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.*

Data compilazione: _____ Firma del lavoratore iscritto:_____

Firma del familiare: _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

**N.B.**: Per ottenere i rimborsi relativi a cure dentistiche, è necessario compilare la scheda che segue.

**DATI ISCRITTO:**
Matricola: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

| COD | PRESTAZIONE |
|---|---|
| | **PREVENZIONE** |
| D0120 | Valutazione orale periodica |
| D9110 | Visita con emergenza (con intervento d'urgenza) |
| D0220 | Radiografia endorale o occlusale o bite-wing |
| D0230 | Radiografia: per ogni radiogramma in più |
| D1110 | Profilassi/ablazione semplice del tartaro - adulto |
| D1120 | Profilassi/ablazione semplice del tartaro - bambino |
| D1203 | Applicazione topica di fluoro (esclusa la profilassi) - bambino |
| D1204 | Applicazione topica di fluoro (esclusa la profilassi) - adulto |
| | **VISITE** |
| D0150 | Visita orale, visita specialistica |
| | **RADIOLOGIA** |
| D0290 | Rx antero - post - o lat. cranio e delle ossa facciali |
| D0330 | Ortopantomografia dentale (OTP) |
| | **CONSERVATIVA** |
| D1351 | Sigillatura (per ogni dente) |
| D2150 | Otturazione in composito o amalgama (1 - 2 superfici) |
| D2160 | Otturazione in composito o amalgama (3 -5 superfici) |
| | **PARADONTOLOGIA** |
| D4341 | Scalling e levigatura radici (fino a 6 denti) |
| D4321 | Legatura dentali extra-coronali (per 4 denti) |
| D4210 | Gengivectomia (per 4 denti) |
| D4211 | Gengivectomia (per dente) |
| D4240 | Lembo gengivale semplice (per 4 denti) |
| D4245 | lembo muco/geng. ripoz. apic./courett. cielo aperto (4 denti) |
| D3450 | Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso) |
| | **ENDODONZIA** |
| D3220 | Amputaz. coron. plpa e otturaz. del cavo pulpare (decidui) |
| D3310 | Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. diagnostica) |
| D3320 | Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. diagnostica) |
| D3330 | Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. diagnostica) |
| | |

| COD | PRESTAZIONE |
|---|---|
| | **CHIRURGIA** |
| D7140 | Estrazione semplice di dente o radice |
| D7230 | Estr. complessa dente o radice (o in incl. ossea parz.) |
| D7240 | Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale |
| | **PROTESICA** |
| D2751 | Corona protesica in LNP e ceramica |
| D2752 | Corona protesica in LP e ceramica |
| D2740 | Corona protesica in ceramica integrale |
| D2799 | Corona protesica provvisoria semplice in resina |
| D2950 | Perno monc./ric. con perno (fuso/prefabb./fibracarb.) |
| D5110 | Protesi totale in resina superiore |
| D5120 | Protesi totale in resina inferiore |
| D5211 | Protesi parziale resina sup. fino a 3 elem - incluso ganci |
| D5112 | Protesi parziale resina inf. fino a 3 elem - incluso ganci |
| D5213 | Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem - arc sup |
| D5214 | Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem - arc inferiore |
| D5660 | Gancio su schelletrico |
| D5510 | Riparazione protesi |
| D5650 | Aggiunz. Elem. su protesi parziale o elem. su scheletr |
| D5710 | Ribasatura definitiva protesi tot. sup - Tecnica indiretta |
| D5711 | Ribasatura definitiva protesi tot. inf - Tecnica indiretta |
| D5730 | Ribasatura protesi totale sup - Tecnica diretta |
| D5731 | Ribasatura protesi totale inf - Tecnica diretta |
| D5862 | Attacco di precisione in LNP |
| | **ORTOGNATODONZIA** |
| D8080 | Terapia ort. appar. fisse per arc./anno (adolescenti) |
| D8090 | Terapia ort. appar. fisse per arc./anno (adulti) |
| D8210 | Terapia ort. appar. mobili o funz. per arc. per anno |
| D8660 | Visita ortodontica con rilievo impronte mod. di studio |
| D9941 | Bite notturno |
| | **IMPLANTOLOGIA** |
| D6010 | 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**

| Codice | Quantità | Dente/i | Arcata | note |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data di compilazione _____ Timbro e Firma del medico odontoiatra _____