

MODULO PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA ESEGUITE FUORI RETE

Gentile Cliente,

per erogare il rimborso della prestazione di implantologia, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la modulistica allegata.

Nello specifico:

- Il DIARIO CLINICO dovrà riportare le prestazioni effettuate relative alle fatture presentate a rimborso.

Si prega di barrare con una X gli elementi o le sedi interessate, riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

La documentazione compilata andrà consegnata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni e alle radiografie pre e post impianto, alla propria Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

DATI DEL PAZIENTE		
Cognome e Nome		
Nato a	il	Codice Fiscale I _
Residente a	Prov.	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.

DATI DEL DENTISTA		
Cognome e Nome		
Nato a	il	Codice Fiscale I _
Residente a	Prov.	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.

DIARIO CLINICO																					
CODICE DI RIFERIMENTO UNISALUTE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70PF03	CORONA/FACCETTA IN CERAMICA, QUALSIASI TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70PF05	PERNO MONCONE ENDOCANALARE O ABUTMENT IMPLANTARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
ALTRE PRESTAZIONI PRESENTI IN FATTURA MA NON COPERTE	ALTRE PRESTAZIONI NON RIENTRANTI NELL'ELENCO PRECEDENTE INDICARE L'IMPORTO RESIDUO RISPETTO ALLE VOCI PRECEDENTI																				
TOTALE																					

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra