

DETTAGLIO DI SPESA fattura n. del

COGNOME e NOME dell'ASSISTITO

DATA DI NASCITA dell'ASSISTITO

- 1 - Il presente documento deve essere compilato per ogni gruppo di prestazioni erogate, soggette a rimborso; qualora il piano di cure fosse pluriennale si faccia attenzione ai LIMITI del nomenclatore tariffario.
- 2 - Per ogni evento inserire il numero delle prestazioni (N.), il numero del dente, l'arcata o altro (POSIZIONE) e il costo totale della/e prestazione/i (COSTO).
- 3 - Il dettaglio di spesa (Allegato 2) deve essere compilato, firmato e timbrato dal dentista e accompagnato alla fattura di saldo emessa dallo stesso, con le eventuali certificazioni, ove necessarie.
- 4 - La prestazione 011 è la visita effettuata prima o durante le cure, pertanto non rimborsabile (vd. nomenclatore tariffario).

| cod. | PRESTAZIONE | DETTAGLIO | N. | POSIZIONE | COSTO |
|-----------------------|---|--|----|-----------|-------|
| VISITE | | | | | |
| 010 | Visita odontoiatrica Prima visita o visita periodica (non erogata durante trattamenti) | Compreso di stesura di piano di cure e/o preventivo di spesa | | | |
| 011 | Visita odontoiatrica di controllo | Sempre compresa nei trattamenti | | | |
| IGIENE ORALE | | | | | |
| 020 | Ablazione del Tartaro (compresa air flow) | Per evento (max 2 anno) | | | |
| 021 | Applicazione topica di desensibilizzante | Per arcata | | | |
| PARODONTOLOGIA | | | | | |
| 030 | Chirurgia mucogengivale (o abbassamento di fornice) | Per emiarcata | | | |
| 031 | Chirurgia gengivale (curettage a cielo aperto) | Per emiarcata | | | |
| 032 | Allungamento di corona clinica | Per quadrante | | | |
| 033 | Chirurgia ossea (resettiva o rigenerativa) | Per quadrante | | | |
| 034 | Gengivectomia per dente | Per elemento Oltre i 5 elementi obbligatorio fornire documentazione(foto PRE, INTRA, POST) | | | |
| 035 | Innesto materiale biocompatibile | Erogabile solo in presenza di intervento di chirurgia ossea rigenerativa cod. 033 | | | |
| 036 | Levigatura radicolare e curettage gengivale | Per emiarcata Ripetibile solo per comprovate esigenze, dichiarazione dell'odontoiatra, foto PRE, INTRA e POST trattamento, RX | | | |
| 037 | Applicazione topica farmaci (per paradontite) | - | | | |
| 038 | Splintaggio interdentale/barra di contenzione | - | | | |
| CHIRURGIA | | | | | |
| 050 | Rizectomia o Rizotomia | Per elemento | | | |
| 051 | Apicectomia | Per elemento | | | |
| 052 | Disinclusione denti ritenuti | Per elemento Solo se in terapia ortodontica | | | |
| 053 | Estrazione semplice dente o radice | Per elemento | | | |

| cod. | PRESTAZIONE | DETTAGLIO | N. | POSIZIONE | COSTO |
|----------------------|--|--|----|-----------|-------|
| 054 | Estrazione complessa dente o radice | Per elemento | | | |
| 055 | Estrazione di terzo molare (inclusione totale) | Per elemento | | | |
| 056 | Estrazione di terzo molare (inclusione parziale) | Per elemento | | | |
| 057 | Germectomia | Per elemento | | | |
| 058 | Interventi chirurgia pre-protetica | Per elemento | | | |
| 059 | Piccola chirurgia | Frenulectomia, frenulotomia, incisione ascessi, asportazione cisti mucose | | | |
| 060 | Innesto materiale in sito post-estrattivo | Per elemento Abbinato a cod. 053, 054, 055, 056, 057 | | | |
| CONSERVATIVA | | | | | |
| 070 | Otturazione semplice | Per elemento Otturazione I, III e V classe | | | |
| 071 | Otturazione complessa | Per elemento Otturazione II, IV classe e MOD | | | |
| 072 | Sigillatura dei solchi | Per elemento | | | |
| INTARSI | | | | | |
| 080 | Intarsi inlay in composito | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 081 | Intarsi inlay e overlay in composito | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 082 | Intarsi inlay in ceramica | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 083 | Intarsi onlay e overlay in ceramica | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 084 | Intarsi in LP | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| ENDODONZIA | | | | | |
| 090 | Trattamento endodontico (1 solo canale) | Per canale | | | |
| 091 | Trattamento endodontico (per ogni canale aggiuntivo) | Per canale | | | |
| 092 | Ritrattamento endodontico (1 solo canale) | Per canale | | | |
| 093 | Ritrattamento endodontico (per ogni canale aggiuntivo) | Per canale | | | |
| 094 | Pulpotomia (rimozione coronale della polpa) | Per elemento | | | |
| 095 | Sbiancamento dente devitalizzato | Per elemento | | | |
| IMPLANTOLOGIA | | | | | |
| 100 | Impianto osteointegrato (incluso abutment-moncone-pilastro-perno) | Per elemento Necessario passaporto implantare | | | |
| 101 | Mini impianto | Per elemento Necessario passaporto implantare | | | |
| 102 | Intervento di grande rialzo seno mascellare | Per emiarcata superiore | | | |
| 103 | Intervento di mini rialzo seno mascellare | Per emiarcata superiore | | | |
| 104 | Rimozione impianto | Per impianto | | | |
| 105 | Trattamento completo per perimplantite | Per impianto | | | |
| PROTESI FISSA | | | | | |
| 110 | Corona fusa in LNP o LP | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 111 | Corona in LNP e ceramica o LP e resina | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 112 | Corona in LP e ceramica, corona metal free (gruppo posteriore) | Per elemento Necessario certificato | | | |
| 113 | Corona metal free (gruppo frontale) | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 114 | Corona provvisoria semplice | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 115 | Corona provvisoria armata | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 116 | Maryland Bridge | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 117 | Perno moncone LNP o LP | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 118 | Ricostruzione moncone in composito | Per elemento | | | |
| 119 | Ricostruzione con perno in fibra | Per elemento | | | |
| 120 | Trattamento completo ALL ON 4/6 – TORONTO BRIDGE | Per arcata - Necessario certificato Compreso di impianti e protesi (TORONTO) | | | |
| 121 | Riparazione TORONTO BRIDGE | Per arcata Necessario certificato | | | |

| cod. | PRESTAZIONE | DETTAGLIO | N. | POSIZIONE | COSTO |
|-----------------------|---|---|----|-----------|-------|
| PROTESI MOBILE | | | | | |
| 130 | Apparecchio scheletrato definitivo | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 131 | Elemento su scheletrato definitivo | Per elemento - Necessario certificato | | | |
| 132 | Apparecchio scheletrato provvisorio (compreso elementi) | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 133 | Protesi totale definitiva | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 134 | Protesi totale provvisoria | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 135 | Ribasamento di protesi rimovibile diretto | Per arcata | | | |
| 136 | Ribasamento di protesi rimovibile indiretto | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 137 | Riparazione protesi rimovibile | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 138 | Attacco di precisione (compreso attacco per overdenture) | Per attacco | | | |
| 139 | Cambio cuffie teflon | Necessario certificato | | | |
| 140 | Retina di rinforzo | Necessario certificato | | | |
| RADIOLOGIA | | | | | |
| 150 | RX antero-posteriore e latero-laterale | Per RX | | | |
| 151 | RX endorale | Per RX | | | |
| 152 | Foto | Per Foto | | | |
| 153 | Ortopantomografia (OPT) | - | | | |
| 154 | TAC Dental Scan | Per arcata | | | |
| ORTODONZIA | | | | | |
| 160 | Mantenitore di spazio | Per emiarcata - Necessario certificato | | | |
| 161 | Molaggio selettivo | - | | | |
| 162 | Terapia mobile | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 163 | Terapia fissa o con allineatori trasparenti (es.: "INVISALIGN") | Per arcata | | | |
| 164 | Studio del caso ortodontico | Prima dell'inizio della terapia ortodontica | | | |
| GNATOLOGIA | | | | | |
| 170 | Placca diagnostica, ortotico, bite, Michigan | Per dispositivo - Necessario certificato | | | |
| 171 | Bite termostampato | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| 172 | Contenzione post ortodontica | Per arcata - Necessario certificato | | | |
| PEDODONZIA | | | | | |
| 180 | Estrazione semplice dente deciduo | Per elemento | | | |
| 181 | Estrazione complessa dente deciduo | Per elemento | | | |
| 182 | Otturazione semplice deciduo | Per elemento | | | |
| 183 | Otturazione complessa deciduo | Per elemento | | | |
| 184 | Cura monocanalare dente deciduo | Per elemento | | | |
| 185 | Cura pluricanalare dente deciduo | Per elemento | | | |
| 186 | Fluoroprofilassi | Per entrambe le arcate | | | |

TOTALE SPESA

NOTE: _____

LUOGO: _____

DATA: _____

TIMBRO E FIRMA

Struttura Erogatrice