

PREVENTIVO DI SPESA / PIANO DI CURE

DATA PREVENTIVO

NUOVO

REVISIONE/MODIFICA DOCUMENTO DEL

COGNOME e NOME dell'ASSISTITO

DATA DI NASCITA dell'ASSISTITO

- 1 - Il preventivo deve essere compilato per ogni gruppo di prestazioni da effettuare, oggetto di pratica di autorizzazione e secondo il piano di cure da erogare.
- 2 - Per ogni prestazione inserire il numero delle prestazioni (N.), il numero del dente, l'arcata o altro (POSIZIONE) e il costo totale della/e prestazione/i (COSTO), applicando il nomenclatore Tariffario odontoiatrico FISDAF e il contratto di convenzione.
- 3 - Dopo aver completato la compilazione del preventivo si prega di firmarlo, timbrarlo e farlo firmare anche all'Assistito per presa visione e accettazione e inviarlo al Fondo per il rilascio della relativa autorizzazione a procedere.
- 4 - L'autorizzazione firmata dalle parti dovrà successivamente essere inviata insieme alla fattura, riportante la suddivisione degli importi a carico Assistito e a carico Fondo e alle eventuali certificazioni ove previste. Il preventivo ha validità annuale (anno solare) e i lavori devono essere conclusi entro il 31/12 dell'anno di competenza.
- 5 - 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 PREVENTIVO SPESA

0,00

NOTE: _____

LUOGO: _____

DATA: _____

PRESA VISIONE/ACCETTAZIONE (ASSISTITO)

TIMBRO E FIRMA

Struttura Erogatrice

