

# ALLEGATO G/1: **SCHEDA PER SPESE DENTARIE 1**

ESCLUSI APPARECCHI ORTODONTICI CON PAGAMENTO RATEALE

(da inserire nella richiesta di rimborso una per ogni fattura)

Fattura num..... del.....

intestata a sig./sig.ra .....

per il pagamento delle seguenti prestazioni (si prega di compilare dettagliatamente):

Prevenzione-Visite		Importo singola prestazione	Dettaglio (quantità e numero posizione denti)
4.111/4.112/4.121 (D54)	Valutazione Orale Periodica/Visita di Emergenza (con intervento d'urgenza) /Visita Orale, Visita Specialistica		
4.113/4.114 (D51)	Radiografia Endorale e Occlusale o Bite-wing/Radiografia: per ogni radiogramma in più		
4.115/4.122 (D52)	Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro/Igiene Orale - Adulto		
4.116	Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro - Bambino		
4.117	Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Bambino		
4.118 (D53)	Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Adulto		

## Radiologia

4.131	Rx Antero - Post. - o Lat. Cranio e delle Ossa Facciali		
4.132	Ortopantomografia dentale (OTP)		

## Conservativa

4.141 (D56)	Sigillatura (per ogni dente)		
4.142/4.143 (D57)	Otturazione in Composito o Amalgama		

## Paradontologia

4.151	Scaling e Levigatura Radici (fino a 6 denti)		
4.152	Legature Dentali Extra-Coronali (4 denti)		
4.153	Gengivectomia (per 4 denti)		
4.154	Gengivectomia per dente		
4.155	Lembo Gengivale Semplice per 4 denti		
4.156	Lembo Muco/Geng. Riposiz.Apic./Courett.Cielo aperto (4 denti)		
4.157 (D60)	Rizectomia per Radice (incluso lembo di accesso)		

## Endodonzia

4.161	Amputaz. Coron. Polpa e Otturaz. Del Cavo Pulpare (decidui)		
4.162	Terapia End. 1 Canale Radicolare (incluso rad.diagnostica)		
4.163	Terapia End. 2 Canale Radicolare (incluso rad.diagnostica)		
4.164	Terapia End. 3 Canale Radicolare (incluso rad.diagnostica)		

**Chirurgia**

4.171 (D61)	Estrazione semplice di dente o Radice		
4.172/4.173 (D62)	Estrazione complessa di dente o radice		

**Protesica**

4.181	Corona Protesica in L.N.P. e ceramica		
4.182	Corona Protesica in L.P. e Ceramica		
4.183	Corona Protesica in Ceramica Integrale		
4.184	Corona Protesica Provvisoria Semplice in Resina		
4.185	Perno Monc./Ric. Con Perno (Fuso/Prefabb./Fibra Carb.)		
4.186/4.187	Protesi Totale in Resina Superiore e/o Inferiore		
4.188/4.189	Protesi Parziale Resina Sup.-Inf. (fino 3 elem.- incl. Ganci)		
4.190/4.191	Scheletrato Lega Stelitica (fino 3 elem.)- Arc. Sup.-Inf.		
4.192	Gancio su Scheletrato		
4.193	Riparazione Protesi		
4.194	Aggiunz. Elem. Su Protesi parziale o Elem. Su Schelett.		
4.195/4.196	Ribassatura Definitiva Protesi Tot. Sup./Inf – tecnica indiretta		
4.197/4.198	Ribassatura Protesi Totale Sup./Inf - tecnica diretta		
4.199	Attacco di Precisione in L.N.P.		

**Ortognatodonzia**

4.201/4.205	Studio del caso/ Visita ortodontica con rilievo impronte mod.studio		
4.202/4.203	Terapia Ort. Appar. Fisse per arcata		
4.204	Terapia Ort. Appar. Mobili o Funz. per Arc. per arcata		
4.206	Byte notturno		

**Implantologia**

4.216	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		
-------	--	--	--

**Altro (per quanto non specificato sopra)**

4.301	Altro (specificare)		
4.301	Altro (specificare)		
4.301	Altro (specificare)		

**Il sottoscritto dichiara che le prestazioni esposte corrispondono effettivamente a quelle eseguite.**

---

DATA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

*Il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare si riserva di effettuare controlli sulle cure prestate, avvalendosi anche di sanitari di propria fiducia. Qualora emergano irregolarità, il Fondo si riserva di agire a norma di Legge, Statuto e Regolamento presso le sedi competenti.*