

PREVENTIVO SPESE ODONTOIATRICHE

Data:

-
- Nuovo preventivo
-
-
- Variazione pratica n° (se conosciuto)

DATI PAZIENTE

Matricola del titolare:

Cognome Nome

Codice fiscale Grado di parentela

Telefono Cellulare

DELEGA DI PAGAMENTO (solo per prestazioni eseguite presso studi dentistici convenzionati)

Io sottoscritto Matricola

Con riferimento alle cure odontoiatriche di cui all'oggetto ed ai costi relativi, delego espressamente la Fondazione ATM a trattenerne d'ufficio dalle mie competenze mensili gli importi dovuti in un numero di rate da determinarsi secondo le norme contenute nella Carta dei Servizi vigente, che dichiaro di conoscere.

(barrare se si intende richiedere una dilazione di pagamento)

Chiedo inoltre che, sussistendo le condizioni previste nella Carta dei Servizi vigente, il pagamento sia dilazionato in

-
- 24 mesi**
- (solo se l'importo, diminuito della quota a carico della Fondazione, raggiungerà i
- 2.800,00 €**
-)
-
-
- 36 mesi**
- (solo se l'importo, diminuito della quota a carico della Fondazione, raggiungerà i
- 5.500,00 €**
-)

Resta inteso che in caso di cessazione del mio rapporto di lavoro, provvederò a pagare la somma ancora dovuta allo Studio Dentistico, esonerando automaticamente la Fondazione ATM da ogni onere al riguardo.

FIRMA DEL DIPENDENTE

Da compilarsi a cura dello Studio Dentistico

Inizio lavori (compilare prima di trasmettere il preventivo)		Fine lavori (compilare all'emissione della fattura)	
Data	Timbro e firma dell'Addetto	Data	Timbro e firma dell'Addetto

Spazio riservato agli Uffici della Fondazione ATM

AUTORIZZAZIONE della Fondazione ATM		Visto consulente odontoiatra (ad uso interno della Fondazione)
Data e Numero Pratica	Visto autorizzazione	
		Iniziale
		Finale

NOMENCLATORE LAVORI ODONTOIATRICI DELLA FONDAZIONE ATM

Da utilizzare come guida di riferimento nella compilazione del preventivo sull'apposito modulo della Fondazione ATM. Non va consegnato né trasmesso insieme al preventivo.

CONSERVATIVA ED ENDODONZIA

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
101	Prima visita
102	Visita di controllo
199	Sbiancamento a mezzo luce irradiante
200	Trattamento smacchiante <i>(per seduta)</i>
201	Ablazione del tartaro piu' igiene orale <i>(semestrale)</i>
202	Ablazione del tartaro trimestrale (1)
203	Curettage e/o levigatura radicolare <i>(per 1 dente)</i> (2) (3)
204	Curettage e/o levigatura radicolare <i>(per sestante)</i> (2) (3)
205	Molaggio selettivo <i>(per 1 dente)</i> (3)
206	Molaggio selettivo totale (2) (3)
207	Splintaggio <i>(per 6 denti)</i>
209	Gengivectomia <i>(fino a 4 denti)</i>
210	Lembo gengivale (2) (3)
211	Lembo muco-gengivale (2) (3)
212	Trattamento sbiancante <i>(a seduta)</i>
213	Chirurgia mucogengivale <i>(con anestesia, lembo, sutura e controllo)</i> (2) (3)
214	Chirurgia mucogengivale + innesto libero <i>(con anestesia, lembo, sutura e controllo)</i> (2) (3)
215	Chirurgia ossea resettiva <i>(x sestante)</i> <i>(con anest. osteoplastica/osteotomia sutura controlli)</i> (2) (3)
216	Placca di svincolo
401	Incappucciamento diretto della polpa <i>(esclusa otturazione)</i>
402	Devitalizzazione monocalare (4)
403	Devitalizzazione <i>(maggiorazione per ogni canale oltre al primo)</i> (4)
501	Ricostruzione di dente deciduo con otturazione
502	Otturazione di dente <i>(una o più superfici)</i>
503	Ricostruzione di dente con otturazione
505	Trattamento per ipersensibilità dentale <i>(per due denti)</i>

(1) In presenza di richieste di rimborso per ablazioni del tartaro tra le quali intercorrano meno di sei mesi, è necessario allegare una certificazione dell'odontoiatra con specifica della patologia che richiede interventi più frequenti. Non sono comunque riconosciuti altri rimborsi prima che siano trascorsi almeno tre mesi. Il computo del tempo intercorso è sempre basato sulle date delle fatture.

(2) Prestazioni per le quali è richiesta la presentazione della radiografia OPT eseguita prima del trattamento riportante nome, cognome e data di esecuzione

(3) Prestazioni per le quali è sempre richiesta una visita prima e dopo il trattamento

(4) Al codice 402 ("devitalizzazione monocalare") indicare il numero dei denti devitalizzati; al codice 403 andrà riportato il numero complessivo di canali aggiuntivi (ovvero, il totale dei canali meno il numero dei denti); ad es. per una devitalizzazione monocalare e due doppie si riporterà "3" al cod. 402 e "2" al cod. 403

PEDODONZIA

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
10001	Pedodonzia - Igiene orale
10003	Pedodonzia - Sigillatura
10004	Pedodonzia - Sigillatura di solco infiltrato
10005	Pedodonzia - Otturazione dente permanente (I classe)
10006	Pedodonzia - Otturazione dente permanente (II classe ed oltre)
10007	Pedodonzia - Otturazione dente deciduo
10008	Pedodonzia - Rifacimento/riparazione otturazione dente deciduo
10009	Pedodonzia - Devitalizzazione dente deciduo
10010	Pedodonzia - Ritrattamento di dente deciduo devitalizzato
10011	Pedodonzia - Fluorizzazione (<i>per seduta</i>)

CHIRURGIA

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
301	Estrazione dente deciduo
302	Estrazione semplice di dente permanente o radice residua
303	Estrazione complicata di dente permanente o radice residua
304	Estrazione di dente o radice in inclusione parziale
305	Estrazione di dente o radice in inclusione totale
306	Estrazione terzo molare
307	Estrazione terzo molare in disodontiasi
308	Allacciamento di dente incluso
309	Germectomia
310	Intervento per piccola chirurgia orale (<i>Incisione ascesso, toilette chirurgica alveolare etc.</i>)
311	Apicectomia (<i>lembo incluso</i>)
312	Rizectomia o rizotomia (<i>lembo incluso</i>)
313	Frenulectomia o frenulotomia
314	Medicazione chirurgica (<i>lavaggi, drenaggi, etc.</i>) (<i>per evento</i>)
315	Maggiorazione per prestazioni in narcosi (<i>per seduta</i>)

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
601	Radiografia endorale per due denti contigui
602	Altra radiografia endorale (<i>per ogni radiogramma aggiuntivo</i>)
686	Radiografia OPT
687	Teleradiografia del cranio
688	Radiografia Articolare Temporo-mandibolare (ATM)

IMPLANTOLOGIA E PROTESICA SU IMPIANTI

Per elemento (indicare i codici numerici dei denti interessati - es. "11" per il 1° sup. dx)

Cod	Prestazione
1500	Impianto di 1 elemento a vite <i>(senza protesizzazione)</i> (3) (7)
1510	Impianto di piu' elementi a vite <i>(per elemento, senza protesizzazione)</i> (3) (7)
2010	Corona in ceramica <i>(per elemento)</i> (5) (6)
2020	Corona in oro-resine composite <i>(per elemento)</i> (5) (6)
2510	Trattamento per l'applicaz. di attacco a bottone <i>(per elemento) (comprensivo di materiali)</i>

Per arcata (indicare solo se superiore o inferiore)

Cod	Prestazione
2210	Barra passiva in oro (5) (6)
2220	Barra fusa in cromo-cobalto (5) (6)
2500	Applicaz. di protesi completa rimovibile <i>(x arcata)</i> (3) (6)

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
1520	Rigenerazione guidata per impianto <i>(con membrana e materiali riempitivi)</i> (7)
1530	Rialzo del seno con tecnica non invasiva (minirialzo) (7)
1540	Grande rialzo del seno mascellare <i>(con membrana e materiali riempitivi)</i> (7)
2110	Bottoni per overdenture <i>(per 1 bottone)</i>
2120	Cappa k-o-ring
2130	Cassetta di ritenzione per attacchi k-o-ring
2140	Moncone in titanio per impianto (5) (6)
2150	Chiavistello a scatto
2240	Sovrastruttura in lega preziosa per barra chiavistello (5) (6)
2300	Componentistica di impianti da laboratorio (analoghi) <i>(per elemento)</i>
2520	Trattamento per l'applicazione di barra su impianti <i>(comprensivo di materiali)</i> (5) (6)
2530	Ceratura diagnostica e dima chirurgica
2910	Corona provvisoria <i>(per elemento)</i> (6)

(3) Prestazioni per le quali è sempre richiesta una visita prima e dopo il trattamento

(5) Prestazioni per le quali è richiesta una visita di controllo prima e dopo l'esecuzione del trattamento solo qualora richiesto dalla Fondazione ATM; la sua eventuale necessità sarà comunicata entro una settimana dalla presentazione del preventivo

(6) Prestazioni per le quali è previsto il rilascio della dichiarazione di conformità dei manufatti odontoiatrici

(7) L'erogazione del rimborso per interventi di implantologia è subordinata alla presentazione della seguente documentazione:

- Radiografia OPT eseguita prima del trattamento riportante nome, cognome e data di esecuzione
- Radiografia OPT eseguita dopo il trattamento riportante nome, cognome e data di esecuzione
- Certificati di identità degli impianti e delle membrane applicati, riportanti almeno numero progressivo, numero di lotto e indicazione dei materiali utilizzati

PROTESI FISSA

Per elemento (indicare i codici numerici dei denti interessati - es. "11" per il 1° sup. dx)

Cod	Prestazione
3010	Corona oro-ceramica <i>(compreso oro)</i> (5) (6)
3020	Corona oro-resina <i>(compreso oro)</i> (5) (6)
3030	Corona fusa (5) (6)
3040	Corona maryland metallo-ceramica <i>(compreso oro)</i> (5) (6)
3050	Corona maryland metallo-resina <i>(compreso oro)</i> (5) (6)
3060	Corona richmond lega-ceramica (5) (6)
3070	Corona richmond lega-resina composita (5) (6)
3110	Perno moncone lega aurea (singolo) (5) (6)
3120	Perno moncone lega aurea (doppio) (5) (6)
3130	Perno in fibra di carbonio (5) (6)
3210	Intarsio in ceramica integrale (5) (6)
3220	Intarsio in lega aurea (5) (6)
3230	Intarsio in composito (onlay) (5) (6)
3240	Intarsio in composito (inlay) (5) (6)

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
3510	Riparazione faccetta in resina
3520	Riparazione faccetta in ceramica
3910	Elemento provvisorio in resina (6)
3920	Elemento provvisorio rinforzato metallo-resina (6)

(5) Prestazioni per le quali è richiesta una visita di controllo prima e dopo l'esecuzione del trattamento solo qualora richiesto dalla Fondazione ATM; la sua eventuale necessità sarà comunicata entro una settimana dalla presentazione del preventivo

(6) Prestazioni per le quali è previsto il rilascio della dichiarazione di conformità dei manufatti odontoiatrici

PROTESI MOBILE

Per arcata (indicare solo se superiore o inferiore)

Cod	Prestazione
4000	Protesi mobile completa (<i>per arcata</i>) (3) (6)
490x	Base per protesi provvisoria fino a 13 elementi (6)
492x	Protesi provvisoria totale (da 14 elementi in su) (6)
500x	Base per protesi mobile parziale (3) (6)

Per elemento (indicare i codici numerici dei denti interessati - es. "11" per il 1° sup. dx)

Cod	Prestazione
4210	Dente in ceramica (maggiorazione per elemento) (6)
4710	Cappetta radicolare con attacco (6)

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
4100	Protesi mobile totale superiore e inferiore (3) (6)
4220	Aggiunta di microrete (6)
4500	Ribasatura di protesi a caldo (5)
4600	Maggiorazione per lavorazione su articolatore individuale
49x0	Elemento dentario per protesi superiore provvisoria (fino a 13) (6)
49x1	Elemento dentario per protesi inferiore provvisoria (fino a 13) (6)
50x0	Elemento dentario per protesi mobile parziale superiore (6)
50x1	Elemento dentario per protesi mobile parziale inferiore (6)
4720	Gancio a filo (6)
4730	Gancio fuso (6)
7010	Aggiunta 1 elemento su protesi (6)
7020	Aggiunta 2 elementi su protesi (6)
7030	Aggiunta 3 elementi su protesi (6)
7040	Maggiorazione per ogni elemento oltre il 3° (6)
7210	Aggiunta gancio a filo su protesi (6)
7220	Aggiunta n. 1 elemento + gancio a filo su protesi (6)
7230	Aggiunta n. 1 elemento + gancio fuso su protesi (6)
7240	Aggiunta microrete su protesi (6)
7500	Ribasatura protesi (<i>per arcata</i>) (5)
7510	Ribasatura morbida con plastulene (<i>per arcata</i>) (5)
7600	Riparazione semplice

(3) Prestazioni per le quali è sempre richiesta una visita prima e dopo il trattamento

(5) Prestazioni per le quali è richiesta una visita di controllo prima e dopo l'esecuzione del trattamento solo qualora richiesto dalla Fondazione ATM; la sua eventuale necessità sarà comunicata entro una settimana dalla presentazione del preventivo

(6) Prestazioni per le quali è previsto il rilascio della dichiarazione di conformità dei manufatti odontoiatrici

PROTESI SCHELETRATA

Per arcata (indicare solo se superiore o inferiore)

Cod	Prestazione
600x	Base per protesi scheletrica (3) (6)

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
60X0	Elemento dentario per protesi scheletrica superiore (3) (6)
60X1	Elemento dentario per protesi scheletrica inferiore (3) (6)
6200	Barra di rinforzo su protesi rimovibile <i>(escluso attacchi)</i> (6)
6300	Maggioraz. per attacco extracoronale per arcata su scheletrato <i>(maschio + femmina)</i> (6)
6400	Maggioraz. per attacchi intracoronali per arcata su scheletrato <i>(per elem.)</i> (6)
6500	Riparaz. attacco extracoronale per arcata su scheletrato <i>(maschio o femmina) (per elem.)</i>
8010	Aggiunta 1 elemento su scheletrato (6)
8020	Aggiunta 2 elementi su scheletrato (6)
8030	Aggiunta 3 elementi su scheletrato (6)
8040	Maggiorazione per ogni elemento su scheletrato oltre il terzo (6)
8110	Aggiunta 1 elemento + gancio (6)
8120	Aggiunta 2 elementi + gancio (6)
8130	Aggiunta 3 elementi + gancio (6)
8140	Aggiunta 4 elementi + gancio (6)
8210	Aggiunta gancio su scheletrato (6)
8220	Ricambio gommino per attacco

ORTODONZIA

Per arcata (indicare solo se superiore o inferiore)

Cod	Prestazione
601	Apparecchio fisso <i>(per arcata)</i> (5) (8)
603	Apparecchio di contenzione <i>(per arcata)</i> (6) (9)
605	Apparecchio mobile <i>(per arcata)</i> (6) (9)
606	Apparecchio fisso sezionale <i>(per arcata)</i> (5) (8)
610	Apparecchio intercettivo <i>(per arcata)</i> (6) (9)
611	Apparecchio funzionale <i>(per arcata)</i> (6) (9)
612	Bite-plane <i>(per arcata)</i> (6) (9)

Per quantità (indicare il numero di interventi)

Cod	Prestazione
613	Placca di rilassamento (6) (9)
614	Placca di stabilizzazione (6) (9)

(3) Prestazioni per le quali è sempre richiesta una visita prima e dopo il trattamento

(5) Prestazioni per le quali è richiesta una visita di controllo prima e dopo l'esecuzione del trattamento solo qualora richiesto dalla Fondazione ATM; la sua eventuale necessità sarà comunicata entro una settimana dalla presentazione del preventivo

(6) Prestazioni per le quali è previsto il rilascio della dichiarazione di conformità dei manufatti odontoiatrici

(8) Prestazioni per le quali è richiesta la presentazione di una dichiarazione del dentista riguardante il tipo di brackets utilizzati e la banda

(9) Prestazioni per le quali è sempre richiesta una visita iniziale; la visita finale sarà eseguita solo qualora richiesto dalla Fondazione ATM