

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Il presente modulo deve essere compilato dal medico odontoiatra che deve apporre proprio timbro e firma su tutte le pagine del modulo stesso.

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

Nome del paziente _____

La data di inizio per le cure in oggetto del presente preventivo è prevista per il giorno* _____

Data di nascita del paziente _____

*(campo obbligatorio, la non compilazione comporterà il rigetto della domanda di autorizzazione).

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
CHIRURGIA DENTALE				
Estrazione per dente				
CONSERVATIVA				
Otturazione qualsiasi classe o materiale (compresa ricostruzione diretta con perno di qualsiasi materiale)				
Intarsio (non associabile ad otturazione sullo stesso elemento)				
ENDODONZIA				
Cura canalare completa (compresa qualsiasi tipo di otturazione, compresi ritrattamenti), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX endorali (per dente)				

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	----------------------------------	---------------------	--------

IMPLANTOLOGIA

Impianti osteo-integrati				
Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – Intervento ambulatoriale (per emiarcata)				

PROTESI FISSE

Perno moncone su dente naturale				
Corona provvisoria (per dente o impianto)				
Corona definitiva (per dente o impianto) qualsiasi tipo qualsiasi materiale				

PROTESI MOBILI

Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)				
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per arcata				
Protesi removibile su impianti compresi barra e attacchi per arcata				
Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata				
Protesi totale immediata, per arcata e per anno				

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--------

GNATOLOGIA

Placca diagnostica o ortotico o bite				
--------------------------------------	--	--	--	--

ORTODONZIA

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o invisibili con mascherine o apparecchiature di contenzione (qualsiasi tecnica – per arcata e per anno di cura)				
---	--	--	--	--

ALTRE PRESTAZIONI

