Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia

Spett.le
FASIE
CASELLA POSTALE 140
31021 Mogliano Veneto (TV)

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE - Mod. RD01/10

Il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:
FASIE, CASELLA POSTALE 140, 31021 Mogliano Veneto (TV),
unitamente agli originali della documentazione e ad una fotocopia degli stessi.

DATI ISCRITTO:

Numero iscrizione: |_|_|_|_|_|_|_|_| Matricola aziendale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nato il: |_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F
E-mail: _____

PER L'OPZIONE PLUS - DATI FAMILIARE (per il quale si richiede il rimborso):

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nato il: |_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F

ATTIVAZIONE SERVIZIO SEGUI LA TUA PRATICA:

Indicare un numero di **telefono cellulare** ove si voglia ricevere gratuitamente, a mezzo sms:
- la conferma di ricezione, da parte del Fondo, della domanda di rimborso;
- la comunicazione di avvenuto pagamento

Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Il medico odontoiatra dovrà vistare la/le prestazione/i eseguite per le quali viene chiesto il rimborso, compilando il dettaglio allegato al presente modulo. ***(dettaglio da personalizzare in base al Nomenclatore/Tariffario del Fondo Sanitario)***

Si allegano le seguenti fatture:

	N° FATTURA/RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/RICEVUTA	IMPORTO
1				,
2				,
3				,
6				,
7				,
			Totale richiesto:	,

La documentazione allegata alla presente domanda di rimborso deve essere trasmessa al Fondo in originale; Fasie provvederà alla restituzione secondo quanto previsto dal regolamento.

Eventuali polizze malattia possedute: si ☐ no ☐ Compagnia: _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso *(da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate all'atto dell'adesione)*

Intestatario conto corrente: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ Firma del lavoratore iscritto:_____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____ Firma del lavoratore iscritto:_____

N.B.: Per ottenere i rimborsi relativi a cure dentistiche, è necessario far compilare dal medico odontoiatra la scheda che segue.
Non possono essere rimborsate le spese sanitarie la cui richiesta di rimborso sia stata presentata oltre il termine di 60 giorni dalla data della fattura.

AVVERTENZA: per evitare ritardi nei tempi di liquidazione, si raccomanda di spedire la documentazione a FASIE, casella postale 140, 31021 Mogliano Veneto (TV), o comunque, per chi si avvale di corriere, a Previmedical S.p.A., Ufficio Liquidazioni FASIE, via Gioberti 33, 31021 Mogliano Veneto (TV).

Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia

DATI ISCRITTO:

Numero iscrizione: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Matricola aziendale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DA COMPILARE A CURA DELL'ODONTOIATRA

COD	PRESTAZIONE
	PREVENZIONE
A231	Valutazione orale periodica
A232	Visite di emergenza (con intervento d'urgenza)
A233	Radiografia endorale o occlusale o bite-wing
A234	Radiografia: per ogni radiogramma in più
A235	Profilassi/ablazione semplice del tartaro
A236	Applicazione topica di fluoro (esclusa profilassi)
	VISITE
A239	Visita orale, visita specialistica
	RADIOLOGIA
A240	Rx antero-post-o lat cranio e delle ossa facciali
A241	Ortopantomografia dentale (OTP)
	CONSERVATIVA
A242	Sigillatura (per ogni dente)
A243	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)
A244	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)
	PARADONTOLOGIA
A245	Scalling e Levigatira Radici (fino a 6 denti)
A246	Legature dentali extra coronali (4 denti)
A247	Gengivectomia (per 4 denti)
A248	Gengivectomia per dente
A249	Lembo gengivale semplice per 4 denti
A250	Lembo muco/geng. Riposiz. Apic./couret. Cielo aperto (4 denti)
A251	Rizectomia per radice (incluso lembo di accesso)
	ENDODONZIA
A252	Amputaz. Coron. Polpa ed otturaz. del cavo pulpare (decidui)
A253	Terapia end. 1 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
A254	Terapia end. 2 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)
A255	Terapia end. 3 canale radicolare (incluso rad. Diagnostica)

COD	PRESTAZIONE
	CHIRURGIA
A256	Estrazione semplice di dente o radice
A257	Estr. complessa dente o radice (o in incl. Ossea parz.)
A258	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale
	PROTESICA
A259	Corona protesica in LNP o ceramica
A260	Corona protesica in LP e ceramica
A261	Corona protesica in ceramica integrale
A262	Corona protesica provvisoria semplice in resina
A263	Perno monc./ric. Con perno (fuso/prefabb./fibra carb)
A264	Protesi totale in resina superiore
A265	Protesi totale in resina inferiore
A266	Protesi parziale in resina superiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
A267	Protesi parziali in resina inferiore (fino 3 elem-incl. Ganci)
A268	Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem. – arc. Sup.
A269	Scheletrato lega stellitica fino a 3 elem. – arc. Inf.
A270	Gancio su scheletrato
A271	Riparazione protesi
A272	Aggiunz. Elem su protesi parziale o elem. Su scheletr.
A273	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica indiretta
A274	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica indiretta
A275	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Sup. tecnica diretta
A276	Ribasatura definitiva protesi protesi tot. Inf. tecnica diretta
A277	Attacco di precisione in LNP
	IMPLANTOLOGIA
A283	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato

Schema numerico dentale

ARCATA DX SUPERIORE I QUADRANTE							
18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
ARCATA DX INFERIORE IV QUADRANTE							

ARCATA SX SUPERIORE II QUADRANTE							
21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38
ARCATA SX INFERIORE III QUADRANTE							

Elenco delle prestazioni

Codice	Quantità	Dente/i	Arcata	note

Data di compilazione _____ Timbro e Firma del medico odontoiatra _____