

N. archivio FASDAC
.....

RICHIESTA DI RIMBORSO PER LE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAL DIRIGENTE

Cognome Nome

Data di nascita N. Matricola FASDAC

Iscritto all'Associazione territoriale di Tessera

Azienda di appartenenza (se in servizio)

.....

Parte riservata all'Associazione territoriale

.....

.....

.....

Data dell'eventuale regolarizzazione Timbro e visto di convalida dell'Associazione

.....

Parte riservata al FASDAC

Controllo regolarità contributiva	Respinta	Sospesa	N. Elenco
.....	cod.	cod.

.....

.....

.....

.....

.....

- segue PROTESI -

		N°	POSIZIONE	IMPORTO					
261	Gancio fuso in L.N.P.								
262	Gancio fuso in L.P.								
200	Attacchi di precisione								
201	*Barra di Dolder - Hakerman								
202	*Monostruttura su 3 impianti (Barra Fresata in Oro)								
203	*Monostruttura su 4 impianti (Barra Fresata in Oro)								
204	*Protesi rimovibile con controfresaggio per barra (n°12 elementi)								
193	*Protesi scheletrata mobile in lega con 3 elementi e 2 ganci								
195	*Elemento di protesi su scheletrato								

N.B. – Le prestazioni segnate con asterisco relative alla ricostruzione o sostituzione di uno stesso elemento dentale non sono rimborsabili se ripetute prima che siano trascorsi cinque anni solari dalla precedente cura.

- ORTODONZIA - (vedi avvertenza)-

		N°	POSIZIONE	IMPORTO					
451	Molaggio selettivo completo o coronoplastica (massimo due sedute per anno solare) con riscontro sui modelli								
450	Analisi kinesiografica (con obbligo di documentazione)								
472	Placca di svincolo - byte (non ripetibile)								
480	Tattamento ortodontico preprotetico con documentazione radiografica								
490	Contributo per trattamento ortodontico mobile (per anno solare)								
491	Contributo per trattamento ortodontico fisso (per anno solare)								

N.B. – Il trattamento ortodontico (fisso – mobile – voci 490-491) è rimborsabile per un massimo di tre anni solari nella misura stabilita dal tariffario in vigore
– In verde sono evidenziate le prestazioni che danno luogo a cure odontoiatriche di “lunga durata”.

IMPORTO TOTALE (COME DA NOTULA/E)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma dell'iscritto

Data

Firma e timbro del medico odontoiatra

.....

.....

.....

Parte riservata al FASDAC

Note:

.....

Data Sigla consulente medico

Data Sigla operatore **IMPORTO LIQUIDATO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* * *

Decreto Legislativo n.196/2003 – Tutela della privacy

I dati forniti saranno trattati dal Fasdac in conformità al D.Lgs.196/2003 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali. Il Fasdac garantisce il rispetto dei diritti dell'interessato di cui al titolo II (artt.7-10) del Decreto Legislativo indicato.