

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE / ORTODONTICHE MODULO 5155

Socio: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Assistito: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA di autorizzazione iniziale per nuovi Soci/Beneficiari**

**DOCUMENTAZIONE stato clinico - specifica relativa alla fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

## **COME DOCUMENTARE LO STATO CLINICO PRIMA DELLE CURE AL FINE DEL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA**

Al fine di consentire al Consulente Medico della Cassa una verifica sulle prestazioni odontoiatriche/ortodontiche eseguite, è necessario che il medico odontoiatra documenti **sempre** al paziente lo stato ante-cure, indipendentemente dal costo delle prestazioni stesse.

**Il medico odontoiatra dovrà quindi documentare lo stato ante-cure compilando sempre e per qualunque prestazione l'apposito modulo 5155, disponibile nell'area pubblica del sito web della Cassa.**

Al momento del caricamento della richiesta di rimborso nella propria Area Riservata, il Socio provvederà a inserire il suddetto modulo 5155, attraverso il link “moduli” e la fattura, attraverso il link “fattura”.

Per gli interventi che, a giudizio del medico odontoiatra, lo necessitano, lo stato clinico ante-cure dovrà essere documentato anche con radiografia panoramica, o con radiografie endorali, o fotografie, ovvero con documentazione idonea a tracciare efficacemente l'intervento da svolgersi (o eventualmente tramite dichiarazione scritta dal medico). La Cassa si riserva di chiedere al Socio tali evidenze prima di procedere al rimborso della prestazione.

In caso di documentazione mancante o incompleta, la Cassa non procederà al rimborso delle prestazioni.

E' facoltà della Cassa, a esito della prestazione e nell'interesse del Socio, procedere a eventuali controlli sui lavori eseguiti, per i quali verrà chiesta al Socio la produzione di idonea documentazione dello stato post-cure, di caratteristiche analoghe a quella ante-cure.

**Se nel corso del trattamento odontoiatrico dovessero rendersi necessarie modifiche al piano di cure, il socio è tenuto a presentare nuovo modulo 5155 contestualmente alla fattura nella versione aggiornata.**

CASSA MUTUA DI ASSISTENZA

ENDODONZIA CONSERVATIVA		Quantità	Importo totale
N105	Otturazione o ricostruzione	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N147	Sigillatura solchi	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N163	Conservativa d'urgenza (incappucciamento polpa, pulpotomia, medicazione per gangrena, apertura urgenza camera)		
N106	Devitalizzazione monocanalare	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N166	Devitalizzazione pluricanalare	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N109	Ritrattamento canalare con anestesia	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N164	Splintaggio (incisivi superiori a dente)	12 11 21 22	
N165	Splintaggio (incisivi inferiori a dente)	42 41 31 32	
N113	Ablazione tartaro		
N107	Visita odontoiatrica		
N142	RX Endorale		
N143	RX Panoramica		
N144	TAC Dentascan		

CHIRURGIA		Quantità	Importo totale
N101	Avulsione/estrazione normale con anestesia	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N104	Avulsione/estrazione inclusa ossea con anestesia dell'ottavo	18 28	
		48 38	
N112	Rizotomia/estrazione radice	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N116	Apicectomia	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
N118	Piccolo intervento di chirurgia orale ( <b>evidenziare le voci interessate</b> ) (innesto osseo, lembo, escissione, disinclusione, rimozione vecchio impianto)		
N167	Frenulectomia superiore		
N168	Frenulectomia inferiore		

# CASSA MUTUA DI ASSISTENZA

<b>PROTESI MOBILE</b>																	<b>Quantità</b>	<b>Importo totale</b>	
<b>N211</b>	Protesi mobile per ogni elemento	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N2S20</b>	Scheletrato (base superiore)																		
<b>N2I20</b>	Scheletrato (base inferiore)																		
<b>N221</b>	Scheletrato – per ogni elemento	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N123</b>	Ribasatura diretta per ogni dente (su protesi mobile esistente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N132</b>	Ribasatura indiretta per ogni dente (su protesi mobile esistente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N125</b>	Gancio	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N119</b>	Coniche cappette o attacco bottone o attacco di precisione	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N215</b>	Protesi mobile provvisoria per ogni dente			16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26				
				46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36				
<b>N117</b>	Barra di Dolder / Ackermann (x dente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N216</b>	Overdenture/protesi avvitata / Toronto (per dente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

<b>IMPLANTOLOGIA</b>																	<b>Quantità</b>	<b>Importo totale</b>	
<b>N204</b>	Impianto endosseo	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N131</b>	Perno/pilastro su impianto	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>N205</b>	Rigenerazione guidata ossea per dente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

CASSA MUTUA DI ASSISTENZA

**PROTESI FISSA**

																	Quantità	Importo totale	
N201	Elemento protesi fissa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N209	Maryland Bridge per elemento	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N203	Intarsio	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N130	Perno moncone su dente naturale	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N127	Faccetta	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N148	Elemento protesi provvisorio	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

**PARODONTOLOGIA**

																	Quantità	Importo totale
N404	Trattamenti parodontali: <b>(evidenziare le voci interessate)</b> courettage, levigatura (scaling), gengivectomia e gengivoplastica, tasche, laser parodontale, molaggio selettivo, allungamento corona clinica																	

**ALTRE PRESTAZIONI**

																	Quantità	Importo totale	
N197	Sedazione per seduta																		
N162	Rialzo del seno mascellare (x dente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N122	Riparazione protesi/cementazione																		
N149	Byte x bruxismo																		
N171	Check up ortodontico																		
N172	Esame kinesiografico																		

**CURE ORTODONTICHE E GNATOLOGICHE**

																	Quantità	Importo totale
A301	Apparecchio/visite ortodontiche per minori di 18 anni																	
A322	Apparecchio/visite ortodontiche per maggiorenni																	

**IMPORTO TOTALE EURO**

--

**NOTE:**

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO  
\_\_\_\_\_

**Nota bene**

- Gli elementi dentari sono 32 (8 per arcata) e vengono classificati da 1 a 8 dall'incisivo centrale al terzo molare
- Il numero indicante il dente è preceduto da 1, 2, 3 o 4 a seconda trattarsi di elementi del quadrante sup. dx., sup. sin., inf. sin, inf. dx
- pertanto: 11 = incisivo centrale superiore destro, 12 incisivo laterale superiore destro, 13= canino superiore destro, etc., 38= terzo molare inferiore sinistro etc., 46= primo molare inferiore destro, 47= secondo molare inferiore destro, etc.
- i denti decidui (da latte), 20 in tutto (5 per arcata), seguono il medesimo schema ma i quattro quadranti vengono indicati con i numeri 5, 6, 7, 8, pertanto il 51 sarà l'incisivo centrale superiore destro, 61 idem ma il sinistro, etc.
- lo schema:

denti permanenti     18 17 16 15 14 13 12 11 / 21 22 23 24 25 26 27 28  
 dx 48 47 46 45 44 43 42 41 / 31 32 33 34 35 36 37 38 sin.

denti decidui (o da latte)     55 54 53 52 51 / 61 62 63 64 65  
 dx 75 74 73 72 71 / 81 82 83 84 85 sin.

