

Modulo certificazione acconto odontoiatria 2024

Parte da compilare a cura dell'iscritto che presenta richiesta di rimborso

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Parte da compilare a cura dell'odontoiatra

Nome del paziente _____ Cognome del paziente _____

Numero fattura d'acconto _____

Il sottoscritto Dott. _____, iscritto all'Ordine dei Medici della

Provincia di _____, al numero _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che la fattura sopra riportata riguarda prestazioni eseguite* nel corso dell'annualità _____, specificamente indicati nella tabella seguente:

**per lavori eseguiti si intendono Piani di Cura per i quali nel corso dell'anno siano stati effettivamente svolti lavori sugli elementi dentari indicati nella tabella successiva. Inoltre, sono esclusi acconti per Piani di cura che abbiano previsto nel corso dell'anno un mero anticipo finanziario a fronte di lavori futuri e acconti per prestazioni propedeutiche al Piano di cura quali prime visite, igiene, esami diagnostici, terapie conservative (es; radiografie, sondaggi parodontali)*

Si prega di indicare la tipologia di prestazione (tra quelle riportate nel Piano Sanitario) e gli elementi dentari trattati

Tipologia prestazione (prestazioni odontoiatriche rimborsate da Sanifonds Trentino) Selezionare la prestazione con x	Arcata superiore		Arcata inferiore	
	Sinistra (inserire codici da 18 a 11 per elementi permanenti; da 55 a 51 per elementi decidui)	Destra (inserire codici da 28 a 21 per elementi permanenti; da 65 a 61 per elementi decidui)	Sinistra (inserire codici da 45 a 41 per elementi permanenti; da 85 a 81 per elementi decidui)	Destra (inserire codici da 38 a 11 per elementi permanenti; da 75 a 71 per elementi decidui)
<input type="checkbox"/> Chirurgia orale				
<input type="checkbox"/> Implantologia				
<input type="checkbox"/> Protesica odontoiatrica				
<input type="checkbox"/> Terapia ortodontica* *sufficiente barrare l'arcata/emiarcata senza inserire i codici Data avvio piano di cura: _____				

Indicare la documentazione clinica eventualmente disponibile in caso di richiesta/verifica da parte del Fondo, preventivamente autorizzata dall'iscritto ai fini dell'ottenimento del rimborso:

Documento	Barrare disponibile
Ortopantomigrafia (OPT)	
RX Endorale	
Telecranio	
Dentascan	
Fotografia o immagine video intraorale	
Fotografia del morso/morso inverso e/o fotografia dei modelli di studio	
Certificazione di laboratorio	
Referti istologici e/o copia del diario clinico	

Si prega di compilare le sezioni di seguito riportate pena la mancata ammissibilità della richiesta di rimborso

Invio della presente certificazione al Fondo

Luogo e Data _____

Firma dell'iscritto _____ Firma e timbro del medico odontoiatra _____

Autorizzazione all'eventuale richiesta da parte del Fondo della documentazione clinica

Luogo e Data _____

Firma dell'iscritto _____ Firma e timbro del medico odontoiatra _____

Format di certificazione redatta in collaborazione con ANDI Trentino – Associazione Nazionale Dentisti Italiani

