

	Altre prestazioni Fasi non riferibili ad elementi dentari (indicare gli importi solo se si utilizza questo modello come Richiesta di Rimborso)	Quantità	Importo	*
2592	Biopsie qualsiasi tipo, qualsiasi numero, qualsiasi regione cavità orale, compresa lingua o asportazione di cisti mucose, piccole neoplasie o piccole lesioni simil-neoplastiche, escluso esame istologico			
2645	Interventi di chirurgia orale dai 17 anni			
2634	Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta (indipendentemente dall'arcata) dai 17 anni			
2635	Placca diagnostica o ortotico o bite – sistema indiretto - indipendentemente dalla arcata e non rimborsabile nello stesso anno del trattamento ortodontico o in presenza di 2 protesi totali nelle due arcate dai 21 anni			
2648	Placca diagnostica o ortotico o bite – sistema diretto - indipendentemente dalla arcata e non rimborsabile nello stesso anno del trattamento ortodontico o in presenza di 2 protesi totali nelle due arcate dai 21 anni			
2649	Rx Endorale/Bite Wings			
2637	Ortopantomografia delle due arcate			
2638	Telecranio (qualsiasi numero di proiezioni)			
2651	Fotografia o immagine video intraorale dai 17 anni compiuti			
2652	Fotografia del morso/morso inverso e/o fotografia dei modelli in occlusione (solo in relazione ai codici della sezione Ortodonzia indipendentemente dal numero di arcate sottoposte al trattamento - indipendentemente dalla tipologia di trattamento).			
2663	Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico: 1 arcata			
2664	Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico: 2 arcate			
30300	Prima visita pedodontica (dai 4 anni compiuti fino ai 6 anni compiuti)			
30301	Igiene orale pedodontica – istruzione di igiene orale (dai 5 anni compiuti fino a 16 anni compiuti)			
30302	Fluoroprofilassi in età pedodontica (dai 4 anni compiuti fino ai 12 anni compiuti)			
30303	Sedazione con protossido (non assimilabile all'Anestesia Generale - ad altro tipo di sedazione/anestesia già compresa nelle prestazioni stesse) - a seduta - fino a 16 anni di età compiuti			
30315	Levigatura radicolare e courettage gengivale (indipendentemente dal numero di emiarcate sottoposte a trattamento) - fino a 16 anni compiuti			
30321	Interventi di piccola chirurgia ascessi - fino a 16 anni compiuti			
30335	Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta (indipendentemente dall'arcata) fino a 16 anni compiuti			
30336	Bite o ortotico - indipendentemente dall'arcata - sistema diretto o indiretto - non rimborsabile in associazione e/o nello stesso anno del trattamento ortodontico (qualsiasi tecnica e/o metodologia) o contenzione - fino a 20 anni compiuti.			
30306	Fotografia o immagine video intraorale fino a 16 anni compiuti solo come pre e post cure per i codici protesici pedodontici			
30310	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate			
	Altre prestazioni non previste e non rimborsate dal Fasi			
	TOTALE IMPORTI di tutte le prestazioni (comprensive di quelle non rimborsabili dal Fasi)			

- Indicare con asterisco se trattasi di spesa sostenuta per evento che dipenda da responsabilità terzi

Si allega al modulo la seguente documentazione prevista dal Nomenclatore-Tariffario in vigore (indicare la quantità degli allegati trasmessi):

Documento (solo in copia)	Pre Cure	Post Cure	Documento (solo in copia)	Pre Cure	Post Cure
Ortopantomografia delle due arcate (OPT)			Fotografia o immagine video intraorale		
Rx endorale/Bite Wings			Fotografia del morso/morso inverso e/o fotografia dei modelli di studio		
Telecranio (qualsiasi numero di proiezioni)			Certificazione di laboratorio odontotecnico		
Dentascan			Certificazione del medico odontoiatra curante		
Dichiarazione/relazione del Medico Odontoiatra			Referti istologici e/o copia diario clinico		

La presente scheda, che non ha valore ai fini fiscali, rappresenta il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture/ricevute:

Numero fattura/ricevuta	Data fattura/ricevuta	Emesso da	Importo fattura/ricevuta
			€
			€
			€
			€
Totale complessivo (deve coincidere con il totale degli importi su riportati)			€

In caso di fatture emesse all'estero indicare il Paese e la valuta

Firma dell'iscritto o avente diritto

Data

Firma e timbro del Medico Odontoiatra

Da compilare esclusivamente se iscritto ad un Fondo/Cassa integrativo Fasi accreditato (Verificare l'elenco sul sito www.fasi.it)

Richiedo che i miei dati personali e sensibili relativi alla liquidazione della presente richiesta di rimborso siano trasmessi al Fondo/Cassa sotto elencato, erogante prestazioni integrative a quelle del Fasi, e a tal fine presto anche il mio consenso ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e successive modificazioni/integrazioni, sollevando in ogni caso il Fasi da ogni e qualunque responsabilità conseguente:

Fondo/Cassa:

Eventuale codice personale di iscrizione al Fondo/Cassa:

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

Firma dell'iscritto o avente diritto: