

Data	N° tessera
Nome e Cognome del paziente	

Scheda Riepilogativa delle Prestazioni Odontoiatriche

(modulo da compilare a cura dell'odontoiatra)

Q.tà	Descrizione prestazione	Elemento Dentario o Quadrante
	Visita odontoiatrica	Data ____/____/____
	Radiografia endorale (fino a 5)	_____ _____
	Radiografie endorali (oltre 5)	_____ _____
	Ortopantomografia delle arcate dentarie (OPT)	_____ _____

CONSERVATIVA

(Se > 4 quantità fornire documentazione)

	Cura e ricostruzione coronale di dente incisivo o canino mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	_____ _____
	Cura e ricostruzione coronale di dente premolare o molare mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	_____ _____
	Cura e ricostruzione coronale di dente devitalizzato mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	_____ _____
	Cura e ricostruzione coronale con perni parapulpari o con viti o perni endocanalari (escluso perno moncone)	_____ _____

ENDODONZIA

(Fornire sempre documentazione)

	Tattamento canalare (devitalizzazione) di dente monoradicolato	_____ _____
	Tattamento canalare (devitalizzazione) di dente biradicolato	_____ _____
	Tattamento canalare (devitalizzazione) di dente pluriradicolato	_____ _____
	Ritrattamento canalare di dente monoradicolato	_____ _____
	Ritrattamento canalare di dente biradicolato	_____ _____
	Ritrattamento canalare di dente pluriradicolato	_____ _____

CHIRURGIA E PARODONTOLOGIA

Q.tà	Descrizione prestazione	Elemento Dentario o Quadrante	
	Estrazione semplice	_____	_____
	Estrazione indaginosa (fornire documentazione)	_____	_____
	Estrazione dente semincluso (fornire documentazione)	_____	_____
	Estrazione dente incluso (fornire documentazione)	_____	_____
	Frenulectomia	_____	_____
	Apicectomia (compresa otturazione retrograda)	_____	_____
	Rizotomia con eventuale rizectomia	_____	_____
	Asportazione di epulide	_____	_____
	Gengivectomia o Gengivoplastica (per quadrante)	_____	_____
	Biopsia del cavo orale	_____	_____
	Ablazione tartaro (per quadrante)	_____	_____
	Levigatura radicolare (per quadrante)	_____	_____
	Courettage dentogengivale (per quadrante)	_____	_____

ODONTOIATRIA INFANTILE

Q.tà	Descrizione prestazione	Elemento Dentario o Quadrante	
	Estrazione semplice dente deciduo	_____	_____
	Cura e ricostruzione coronale dente deciduo incisivo o canino	_____	_____
	Cura e ricostruzione coronale dente deciduo molare	_____	_____
	Sigillatura solchi denti molari definitivi (6 - 9 anni)	_____	_____
	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali.	_____	_____

Struttura Sanitaria (con timbro leggibile)	Firma dell'odontoiatra
Il presente modulo deve essere allegato alla fattura emessa dalla Struttura Sanitaria	

Attenzione: si ricorda agli Assistenti e ai Medici Odontoiatri convenzionati che, per una corretta istruttoria delle richieste di rimborso e di erogazione in forma diretta delle prestazioni odontoiatriche, è d'obbligo compilare la presente scheda, specificando l'elemento dentario o quadrante trattato. Diversamente non si potrà procedere all'emissione del rimborso o all'erogazione delle autorizzazioni.