

PIANO DI CURE ODONTOIATRICHE

(da compilare a cura del medico odontoiatra)

Cognome e Nome **SOCIO** _____ Posizione _____

Cognome e Nome **ASSISTITO** _____

Per le tariffe, i limiti e la documentazione obbligatoria da presentare consultare l'articolo 10 (sottoparagrafo 10.2.5 - Odontoiatria) del Regolamento Prestazioni Assistenziali in vigore.

RICHIESTA PRESTAZIONI ASSISTENZA ODONTOIATRICA E ORTODONTICA

Posiz.	Codice prestazione (Vedasi Tariffario tab. A del Regolamento)	Elemento o arcata	Importo richiesto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Posiz.	Codice prestazione (Vedasi Tariffario tab. A del Regolamento)	Elemento o arcata	Importo richiesto
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Totale Richiesto (somma posiz. da 1 a 20) €			

RICHIESTA PRESTAZIONI TARIFFARIO EXTRA

Posiz.	Codice prestazione (Vedasi Tariffario tab. A del Regolamento)	Q.tà	Importo richiesto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Posiz.	Codice prestazione (Vedasi Tariffario tab. A del Regolamento)	Q.tà	Importo richiesto
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Totale Richiesto (somma posiz. da 1 a 20) €			

PIANO DI CURE ODONTOIATRICHE

(da compilare a cura del medico odontoiatra)

Cognome e Nome **SOCIO** _____ Posizione _____

Cognome e Nome **ASSISTITO** _____

Per le tariffe, i limiti e la documentazione obbligatoria da presentare consultare l'articolo 10 (sottoparagrafo 10.2.5 - Odontoiatria) del Regolamento Prestazioni Assistenziali in vigore.

NOTE:

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

Fattura n. _____ del _____ importo € _____

TOTALE _____

Il medico chirurgo/odontoiatra DICHIARA sotto la propria responsabilità civile e penale di aver eseguito le prestazioni indicate nella presente dichiarazione.

Luogo e data

Timbro e firma del Medico Odontoiatra

Il sottoscritto Socio/Assistito (se maggiorenne) conferma che le prestazioni elencate nella presente scheda sono state dallo stesso effettivamente fruite.

Luogo e data

Firma del Socio/Assistito

Il Socio è consapevole che i suddetti importi sono suscettibili di variazione in relazione alla propria situazione di capienza relativa al limite massimo di rimborso erogabile per ciascun anno/assistito, tenuto conto dei documenti di spesa presentati.

Luogo e data

Firma del Socio

Sistema di numerazione dentale FDI

