



## MODULO CURE DENTARIE

(Usare un modulo per ogni fattura a saldo)

**Il presente prospetto va redatto INTERAMENTE dall'odontoiatra o dal dentista abilitato, ai sensi dell'Art. 31 della legge 11.03.72 nr.18 e deve contenere in dettaglio le indicazioni delle prestazioni di cui alla relativa fattura.** La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la propria personale responsabilità. Eventuali falsità saranno perseguite ai sensi dell'Art. 485 del C.P. e 640 C.P. (falsità in scrittura privata e truffa).

Fattura numero: \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipologia fattura:  A Saldo  A Saldo con acconti (indicare numeri e date): \_\_\_\_\_

La fattura indicata è oggetto di contributo da parte di Unisalute:  No  Si per € \_\_\_\_\_

Il sottoscritto medico curante dichiara che, con la fattura in oggetto, al Sig. \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ sono stati eseguiti i trattamenti sottoelencati:

<b>PREVENZIONE</b>	Seduta di igiene (ablazione tartaro)	1	Nr.
	Applicazione fluoro	2	Nr.
	Medicazione	3	Nr.
	Visita	4	Nr.
<b>RADIOLOGIA</b>	Radiografia endorale	5	Nr.
	Ortopantomografia	6	Nr.
	TAC /Cone Beam	7	Nr.
<b>CONSERVATIVA</b>	Sigillatura (per singolo dente)	8	Nr.
	Otturazione 1 superficie	9	Nr.
	Otturazione 2 superfici	10	Nr.
	Otturazione 3 superfici	11	Nr.
	Ricostruzione	12	Nr.
<b>PARODONTOLOGIA</b>	Scaling	13	Nr.
	Gengivectomia	14	Nr.
	Intervento parodontale	15	Nr.
<b>ENDODONZIA</b>	Cura canale dente anteriore	16	Nr.
	Cura canale dente posteriore	17	Nr.
	Cura canale dente deciduo	18	Nr.
<b>CHIRURGIA</b>	Apicectomia	19	Nr.
	Estrazione semplice	20	Nr.
	Estrazione complessa	21	Nr.
	Estrazione chirurgica	22	Nr.
<b>PROTESICA</b>	Impronta di studio	23	Nr.
	Prove di protesi	24	Nr.
	Corona provvisoria/terapeutica	25	Nr.
	Corona permanente	26	Nr.
	Ponte provvisorio	27	Nr.
	Ponte permanente	28	Nr.
	Perno moncone	29	Nr.
<b>IMPLANTOLOGIA</b>	Impianto	30	Nr.

**ATTENZIONE!!!** Non modificare e/o aggiungere voci al presente elenco, pena l'annullamento del relativo contributo.

Timbro e firma del Medico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_