

Polizza CNCE - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 5 (per la denuncia di sinistro e richiesta di autorizzazione)

***RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO
PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO*** [p. 3 Cond. Polizza]

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....
.....

Descrizione sommaria delle lesioni subite (*allegare progetto di cura predisposto dall'odontoiatra curante*)

.....
.....

Luogo dell'eventuale ricovero

.....
.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg.
**(si ricorda che per ricoveri di durata uguale o superiore ai 15 gg. occorre compilare il modulo 2 –
INDENNITA' FORFETARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO PROFESSIONALE)**

Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione

.....

N.B.

CNCE, dopo avere ricevuto **autorizzazione da parte del medico fiduciario e successiva** informazione da Sertel, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, alla quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

[segue a pagina 2 "Consenso al trattamento dati personali"]

Cassa Edile di Cuneo
Corso Francia, 14/A
12100 CUNEO

Consenso al trattamento dati personali

FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO
5) Modulo per rimborso spese odontoiatriche a seguito infortunio professionale
a danno dell'apparato masticatorio

COGNOME _____ **NOME** _____

nato il ___/___/___ a _____ **Prov.** _____

Codice Fiscale |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il sottoscritto lavoratore in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, unitamente a copia dell'art. 7 del decreto medesimo, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate sull'informativa nei limiti e per le finalità della Cassa Edile.

Data

Firma del lavoratore

In allegato: 1) Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003
2) Art. 7 D.Lgs 196/2003 Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

EDILCARD - Polizza CNCE n. 774/77/21212873

Progetto di cura Odontoiatrica e fornitura dei relativi dispositivi medici su misura.

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

Oggi,..... si è sottoposto a visita odontoiatrica il/la Sig/sig.ra

.....Nato/a Il..... a

residente in..... Prov.....

Via/P.zan.....

CF

Doc. Identità.....N.....

Rilasciato il.....Autorità.....

Nella sua qualità di:

Lavoratore assistito dalla Cassa Edile di _____;

Munito di idoneo verbale di Pronto Soccorso, attestante l'avvenuto sinistro che ha comportato danni all'apparato dentale e ne abbia compromesso le funzioni masticatorie, a seguito di danneggiamento totale di almeno 4 denti posteriori o di danneggiamento totale di almeno 4 denti anteriori.

SI ALLEGA COPIA ORIGINALE VERBALE DI P.S.

La visita è stata effettuata allo scopo di verificare eventuali danni di carattere odontoiatrico e, se necessario, redigere un progetto di cura e di fornitura di manufatti odontotecnici.

Esito della visita:

- Diagnosi:

.....

.....

- Trattamento previsto:

.....

- **Durata del trattamento:**

- **Manufatti e dispositivi medici su misura necessari**

Costo totale, previsto, generale del trattamento €_____ (Cura più dispositivi medici su misura).

Costo totale, definitivo, generale del trattamento €_____ (Cura più dispositivi medici su misura) – ove si rendessero necessarie ulteriori cure non prevedibili al momento della prima visita.

N.B.: Ogni incremento di spesa dovrà essere autorizzato, a mezzo fax, dal medico fiduciario.

PARTE 1 –ODONTOIATRIA

NOTE GENERALI

- I denti mancanti **sono stati anneriti**;
- I denti da estrarre sono **contraddistinti con la sigla E**;
- I denti da sottoporre a terapia canalare **sono contraddistinti con la sigla TC**;
- I denti da sottoporre a terapia conservativa **sono contraddistinti con la sigla CO**.
- Radiografia, **indicata: RX**.
- Ortopanoramica, **indicata OT**.

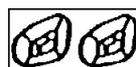
PROTESI

- Protesi fissa, **viene indicata come segue:**

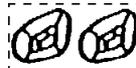


= CORONA;

- Ponte, di due o più denti, **racchiusi in un rettangolo:**



- Protesi mobile, come precedente **ma con tratteggio:**

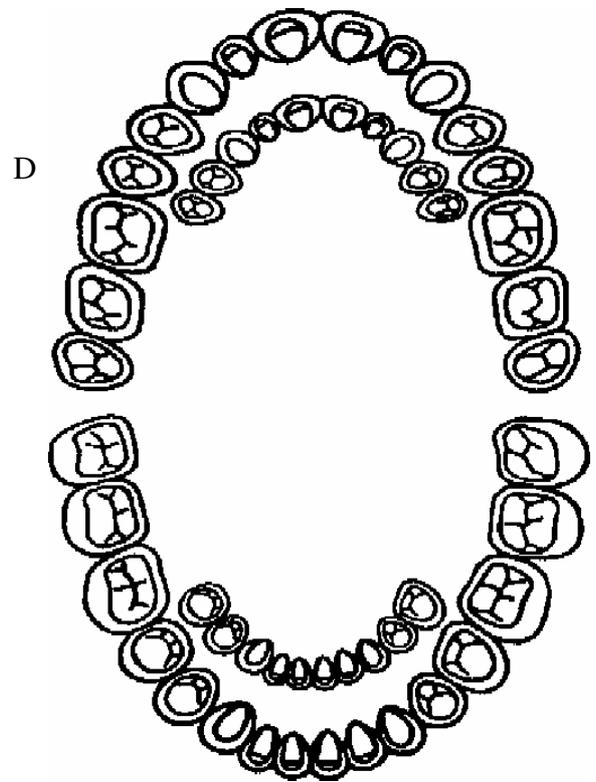
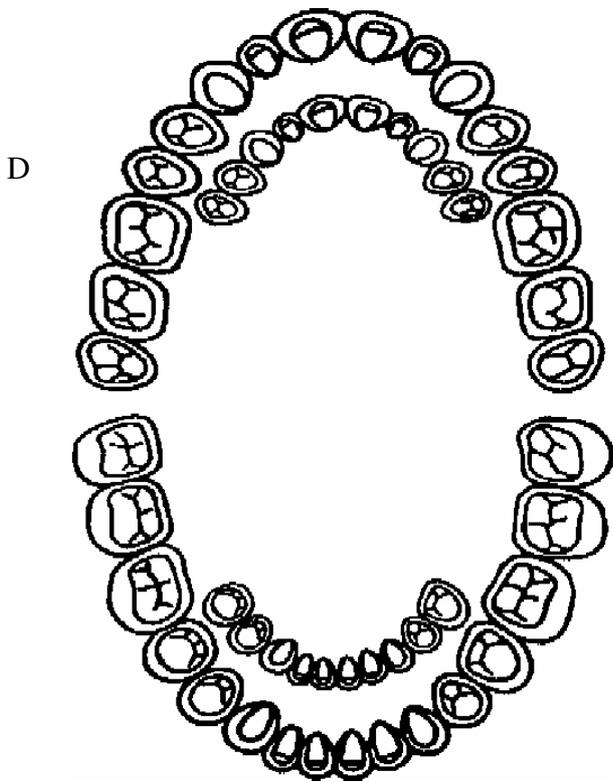


Implantologia, **viene indicata come segue:** = RETTANGOLO

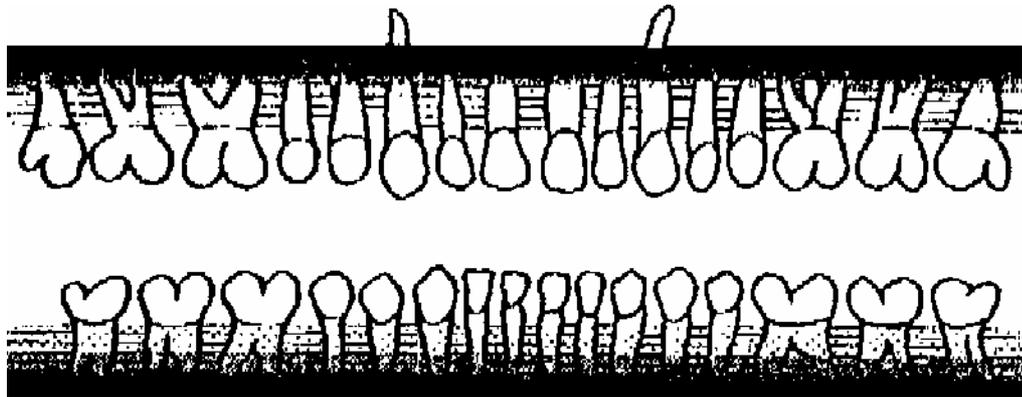
CHIRURGIA PARADONTALE

CONSERVATIVA

PROTESI - IMPIANTI



vestibolare



palatale



linguale



PARTE 1 – PROGETTO DI CURA

STOMATOLOGIA

Igiene orale e paradontologia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

Codice	€	N°	Importo Totale
(05) Legature denti intracoronali (per 4 denti)	88,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(10) Lembo gengivale (per 4 denti) su 4 sestanti	186,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(11) Lembo muco gengivale (courettage a cielo aperto, posizionato apicalmente)	243,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(12) Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	77,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(13) Chirurgia ossea recettiva (per quadrante)	258,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(14) Innesto autogeno (sito singolo incluso lembo di accesso)	325,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(15) Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	387,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(16) Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)	403,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(17) Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)	434,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(18) Lembo libero o peduncolato	258,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Chirurgia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(19) Estrazione semplice di dente o radice	31,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(20) Estrazione complicata di un dente o radice	52,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(21) Estrazione di un dente o radice in inclusione ossea Parziale	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(22) Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	155,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

(23) Estrazione di terzo molare in disotontiasi	181,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(24) Estrazione di terzo molare in inclusione totale	259,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
25) Interventi di piccola chirurgia orale: (incisione di accesso, piccole sequenstromie, emorragie alveolari, toilette chirurgica alveolare-urotomia, frenulectomia)	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(30) Intervento chirurgico protesico: (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomie, tori palatini, tori mandibolari, osteomi) per emiarcata	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(33) Anestesia singola (fino ad un massimo di 10 fiale)	21,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Implantologia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(34) Impianti endossei (vite)	516,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(35) Moncone per impianti (abatteman)	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(36) Rialzo seno mascellare	516,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(37) Minirialzo seno mascellare	258,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Endodonzia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(46) Incappucciamento diretto della polpa (ott. coronale a parte)	52,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(47) Cura canalare (1 canale)	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(48) Cura canalare (2 canali)	155,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(49) Cura canalare (3 o più canali)	207,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(50) Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpale (ott. coronale a parte)	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(51) Ritattamento per canale	26,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(52) Posizionamento diga	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(53) Ricostruzione di parete per permettere il posizionamento della diga	26,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(54) Perno endocanalare	77,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Protesi mobile
Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(86)	Scheletrato superiore o inferiore	624,00	<input type="checkbox"/>								
(87)	Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	11,00	<input type="checkbox"/>								
(89)	Protesi totale in resina (per arcata)	504,00	<input type="checkbox"/>								
(90)	Protesi totale in resina (per arcata, con armatura scheletrata)	662,00	<input type="checkbox"/>								
(91)	Protesi mobile parziale in resina	214,00	<input type="checkbox"/>								
(93)	Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	11,00	<input type="checkbox"/>								
(94)	Ribasamento protesi a freddo	52,00	<input type="checkbox"/>								
(95)	Ribasamento protesi a caldo	65,00	<input type="checkbox"/>								
(96)	Riparazione protesi	53,00	<input type="checkbox"/>								
(97)	Attacco di precisione	43,00	<input type="checkbox"/>								
(98)	Byte	239,00	<input type="checkbox"/>								
(99)	Maryland bridge	191,00	<input type="checkbox"/>								
(100)	Ganci (L.N.P.)	16,00	<input type="checkbox"/>								
(101)	Ganci (L.P titolo 500‰ minimo)	43,00	<input type="checkbox"/>								
(105)	Aggiunta dente a elemento	15,00	<input type="checkbox"/>								
			<input type="checkbox"/>								

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

(102)	Radiografia indorale per due denti vicini	15,00	<input type="checkbox"/>								
(103)	Radiografia RX singola	10,00	<input type="checkbox"/>								
(104)	Ortopanoramica	36,00	<input type="checkbox"/>								

Costo, previsto, della terapia € _____

(93) Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(94) Ribasamento protesi a freddo	30,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(95) Ribasamento protesi a caldo	70,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(96) Riparazione protesi	30,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(97) Attacco di precisione	45,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(98) Byte	50,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(100) Ganci (L.N.P.)	24,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(101) Ganci (L.P titolo 500‰ minimo)	48,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								
(105) Aggiunta dente a elemento	18,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>								

TOTALE, PROVVISORIO, FORNITURA: € _____

TOTALE, DEFINITIVO, FORNITURA: € _____

