

## EDILCARD 2010

*Edilcard è la carta dei servizi per i Lavoratori, i Titolari e i Legali rappresentanti delle imprese delle costruzioni iscritte alle Casse Edili*

### LAVORATORI

- 1 - Rimborso spese sanitarie per infortunio professionale ed extraprofessionale
- 2- Rimborso spese sanitarie per malattie professionali
- 3 - Indennità forfetaria a seguito di infortunio professionale con ricovero minimo di 15 gg., invalidità permanente maggiore del 50%
- 4 - Assegno funerario a seguito di infortunio professionale
- 5 - Cure di riabilitazione neuromotoria presso Istituto abilitato ai sensi di legge
- 6 - Cure di riabilitazione neuromotoria e rimborso spese di trasporto
- 7 - Cure di riabilitazione neuromotoria e vitto e letto all'accompagnatore
- 8 - Cure di riabilitazione neuromotoria e diaria all'accompagnatore
- 9 - Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio professionale che colpisca l'apparato masticatorio

### SPORTELLO INFORMATIVO CASSA EDILE

*Per eventuali ulteriori informazioni è attivo lo sportello informativo della Cassa Edile e di Assistenza della Provincia di Treviso (0422-308826)*

CASSA EDILE E DI ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI TREVISO

Viale della Repubblica, 235 – 31100 Treviso – Tel. 0422 308826 – Fax 0422 308819  
E-mail: info@cediletreviso.it – <http://www.cediletreviso.it> – C.F. 80005120268



# 1 - LAVORATORI/RIMBORSO SPESE SANITARIE PER INFORTUNIO PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE.

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal lavoratore in conseguenza di infortunio professionale o extraprofessionale.

- *Prestazioni fornite da strutture sanitarie private:* rimborso fino ad un massimale di € 1.000,00 ( € 2.000,00 se iscritto al Prevedi ) con franchigia di € 30,00.
- *Prestazioni fornite da strutture pubbliche:* rimborso integrale del ticket dovuto al S.S.N.

## **Elenco delle prestazioni sanitarie per rimborso spese o rimborso ticket**

- accertamenti diagnostici;
  - accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie) delle Condizioni Generali di Assicurazione;
  - visite mediche e specialistiche;
  - onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
  - apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
  - trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa;
  - cure mediche fisioterapiche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
  - acquisto, noleggio o affitto di apparecchi terapeutici di apparecchi protesici di qualsiasi tipo (escluse protesi dentarie).
- 
- Il Fondo rimborsa inoltre, fino al 20% della somma assicurata, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per protesi dentarie.

**Modulo 1** (per la denuncia di sinistro)

**Prestazione: RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO**

(p.1 delle Condizioni di 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..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **si** o **no** o
- Cognome ..... (se si) n. iscrizione al Fondo .....
- 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**

.....  
.....

**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**)

**Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione**

.....

**Data** \_\_\_\_\_

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.



## 2 - LAVORATORI/RIMBORSO SPESE SANITARIE PER MALATTIE PROFESSIONALI

In conseguenza di una o più delle patologie di seguito riportate :

- a) broncopneumopatie croniche e dell'asma bronchiale professionale;
- b) sordità da rumore;
- c) dermatiti da contatto;
- d) patologia da movimentazione manuale dei carichi, postura e da movimenti ripetitivi;
- e) patologia da strumenti vibranti;
- f) patologia tumorale del mesotelioma e dell'epitelioma;

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal lavoratore nei 180 giorni antecedenti e 360 giorni successivi al riconoscimento della malattia professionale da parte dall'Ente preposto (INAIL/INPS), comprovante un grado di invalidità permanente pari o superiore al 55%.

- **Prestazioni fornite da strutture sanitarie private:** rimborso fino ad un massimale di € 1.000,00 con franchigia di € 30,00.

- **Prestazioni fornite da strutture pubbliche:** rimborso integrale del ticket dovuto al S.S.N.

### **Elenco delle prestazioni sanitarie per rimborso spese o rimborso ticket**

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie) delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- visite mediche e specialistiche, con una franchigia fissa pari ad € 50,00;
- cure mediche fisioterapiche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto, noleggio o affitto di apparecchi terapeutici di apparecchi protesici di qualsiasi tipo.



## **2 – LAVORATORI/INDENNITA' FORFETARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CON RICOVERO MINIMO DI 15 GG., INVALIDITA' PERMANENTE MAGGIORE DEL 50%**

- ***Ricovero presso Istituto di Cura a seguito di infortunio professionale di durata uguale o superiore a 15 giorni:***

- a) € 1.500,00 ( 3.000,00 € se il lavoratore è iscritto al Fondo Pensione di categoria PREVEDI ) in caso di ricovero di durata pari o superiore a 15 ( quindici) giorni e fino a 29 (ventinove) giorni;
- b) € 2.000,00 ( 4.000,00 € se il lavoratore è iscritto al Fondo Pensione di categoria PREVEDI ) in caso di ricovero dell'assicurato in istituto di cura di durata pari o superiore a 30 (trenta) giorni.

Le indennità di cui al punto b) escludono quelle previste al punto a)

- ***Invalidità permanente superiore al 50%:***

- c) Indennità di € 5.000,00 ( 3.500,00 € se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al punto a) precedente). Se l'assicurato è iscritto a Prevedi, l'indennità è elevata ad € 10.000,00 ( 7.000,00 € se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al punto a) precedente) .
- d) Indennità di € 5.000,00 ( 3.000,00 € se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al punto b) precedente). Se l'assicurato è iscritto a Prevedi, l'indennità è elevata ad € 10.000,00 ( 6.000,00 € se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al punto b) precedente) .

Le indennità di cui al punto d) escludono quelle previste al punto c)

**Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040**

**Modulo 2** (per la denuncia di sinistro)

**Prestazione: INDENNITA' FORFETTARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO, DA INFORTUNIO PROFESSIONALE, UGUALE O SUPERIORE A 15 GIORNI E/O INVALIDITA' PERMANENTE SUPERIORE AL 50%**  
(di cui al punto 2 a), b), c) e d) delle Condizioni di 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..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì** o **no** o
- Recapito telefonico..... (se sì) n. iscrizione al Fondo .....
- 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**

.....  
.....

**Luogo dell'eventuale ricovero**

.....

**Durata del ricovero ospedaliero**

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg. ....

**Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione**

.....  
.....

Data \_\_\_\_\_

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.



### **3 - LAVORATORI/ ASSEGNO FUNERARIO PER DECESSO A SEGUITO INFORTUNIO PROFESSIONALE**

Nel caso di morte a seguito di infortunio professionale, è riconosciuta una indennità di 1.500,00 euro ( 3.000,00 € se l'assicurato è iscritto a Prevedi ) .

**Modulo 3** (per la denuncia di sinistro)

**Prestazione: ASSEGNO FUNERARIO NEL CASO DI MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE**

(di cui al punto 4 delle Condizioni di polizza)

**Dati Cassa Edile denunciante**

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

**Dati anagrafici della persona deceduta a seguito di infortunio professionale**

- Nome.....
- Cognome .....
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì** o **no** o
- Recapito telefonico..... (se sì) n. iscrizione al Fondo .....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

**Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)- infortunio professionale**

.....  
.....

**Descrizione dell'evento (infortunio professionale)**

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

..

Data \_\_\_\_\_

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio



## **4 – LAVORATORI/ CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE**

*e) cure di riabilitazione neuromotoria presso Istituto abilitato ai sensi di legge:* qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso Istituto di Cura con un periodo di prognosi di almeno trenta giorni e a seguito dell'infortunio si rendessero necessarie le cure di riabilitazione neuromotoria, è prevista la copertura delle spese riguardanti il trattamento di riabilitazione del deficit neuromotorio dipendente direttamente da infortunio professionale.

La prestazione potrà essere effettuata esclusivamente presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria.

La necessità delle cure riabilitative sarà valutata dall'Ente sanitario.

In sede di valutazione, sarà facoltà della CNCE, nominare un proprio medico fiduciario in funzione di osservatore.

Unipol Assicurazioni si riserva la facoltà di dare un giudizio di merito sulla necessità delle cure. La prestazione sarà erogata in forma di convenzionamento.

**Modulo 4** (per la denuncia di sinistro)

**Prestazione: TRATTAMENTO DI CURE PER LA RIABILITAZIONE  
NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO  
CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI  
LEGGE A SEGUITO DI INFORTUNIO  
PROFESSIONALE**

(di cui al punto 2 e) delle Condizioni di 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 .....Prov.....
- Regione 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**

.....  
.....

**Luogo del ricovero**

.....

**Durata del ricovero ospedaliero**

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg. ....

**Prognosi gg** .....

**(Allegare Modulo di "Proposta di ricovero" integralmente compilato)**

Data.....

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.



## **5 – LAVORATORI/ CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE**

### ***h) Rimborso forfetario spese di trasporto***

All'assicurato ricoverato per le cure riabilitative, verrà riconosciuto un rimborso forfetario di 500,00 €, se la cura avviene all'interno della regione di residenza ovvero di € 1.000,00, se la cura avviene fuori della regione di residenza.

**Modulo 4.1** (per la richiesta di prestazione integrativa)

**Prestazione: INTEGRATIVA PER RIMBORSO FORFETARIO  
SPESE DI TRASPORTO A FAVORE DI ASSICURATO  
SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO  
CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE**

(di cui al punto 2 h) delle Condizioni di polizza)

**Dati Cassa Edile denunciante**

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

**Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – “Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale” – Data del sinistro.**

.....  
.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione – Indirizzo – Comune – Provincia - Regione**

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

**Dati anagrafici della persona infortunata**

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

Data.....

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.



## **6 – LAVORATORI/ CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE**

### ***g) Vitto e letto***

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa fuori della regione di residenza del lavoratore infortunato, sarà fornito all'accompagnatore, per un massimo di 90 giorni anche non continuativi, il servizio di vitto e letto, presso l'istituto nel quale si svolge la cura. La prestazione sarà erogata in forma di convenzionamento.

**Modulo 4.2** (per la richiesta di prestazione integrativa)

**Prestazione: INTEGRATIVA PER SERVIZIO DI VITTO E LETTO A FAVORE DI ACCOMPAGNATORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (di cui al punto 2 g) delle Condizioni di polizza)

**Dati Cassa Edile denunciante**

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

**Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – “Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale” – Data del sinistro.**

.....  
.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione – Indirizzo – Comune – Provincia - Regione**

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

**Dati anagrafici della persona infortunata**

- Nome.....
- Cognome .....
- C. Fisc. ....

**Dati anagrafici dell'accompagnatore**

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

Data.....

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.



## **7 – LAVORATORI/ CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE**

### *f) Diaria dell'accompagnatore*

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa, all'accompagnatore del lavoratore sottoposto a riabilitazione, verrà riconosciuta una diaria pari a € 50,00 pro-die per un massimo di 90 giorni se la cura avviene fuori la provincia di residenza e all'interno della regione di residenza. Il rimborso avverrà su presentazione di documentazione comprovante l'avvenuta presenza e le spese sostenute presso l'Istituto in cui si svolge la riabilitazione.

**Modulo 4.3** (per la richiesta di prestazione integrativa)

**Prestazione: INTEGRATIVA PER DIARIA GIORNALIERA A FAVORE DI ACCOMPAGNATORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (di cui al punto 2 f) delle Condizioni di polizza)

**Dati Cassa Edile denunciante**

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

**Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – “Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale” – Data del sinistro.**

.....  
.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione – Indirizzo – Comune – Provincia - Regione**

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

**Periodo/Durata delle cure riabilitative:**

.....

**Dati anagrafici della persona infortunata**

- Nome.....
- Cognome .....
- C. Fisc. ....

**Dati anagrafici dell'accompagnatore**

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

Data.....

**N.B.**

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.



## **8 – LAVORATORI/RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO**

Nel caso di infortunio professionale che causi danni all'apparato dentale e ne comprometta le funzioni masticatorie, a condizione che risultino danneggiati totalmente almeno 4 denti posteriori o totalmente almeno 4 denti anteriori, saranno rimborsate le spese odontoiatriche sostenute purché strettamente necessarie al ripristino della funzionalità masticatoria, fino ad un massimo di €7.500,00.

Il rimborso avverrà esclusivamente se il progetto di cura, predisposto dall'odontoiatra curante, sarà approvato da un medico fiduciario nominato di concerto da UNIPOL e CNCE

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

**Prestazione: RIMBORSO SPESE PER PROTESI DENTARIA A  
SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE  
CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO.**  
(di cui al punto 3 delle Condizioni di 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**)

**Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione**

.....

Data.....

**N.B.**

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

**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.....

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

Via/P.za .....n.....CF .....

D. 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:**



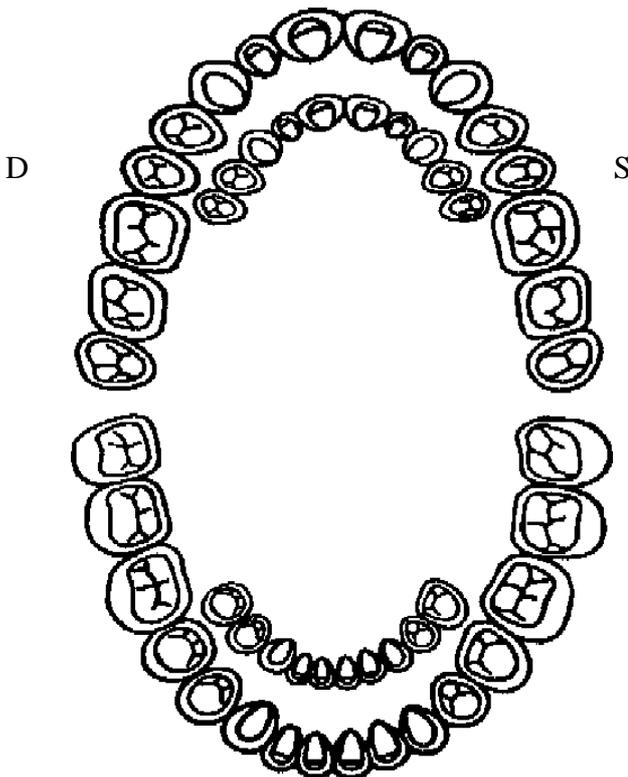
- Protesi mobile, come precedente **ma con tratteggio:**



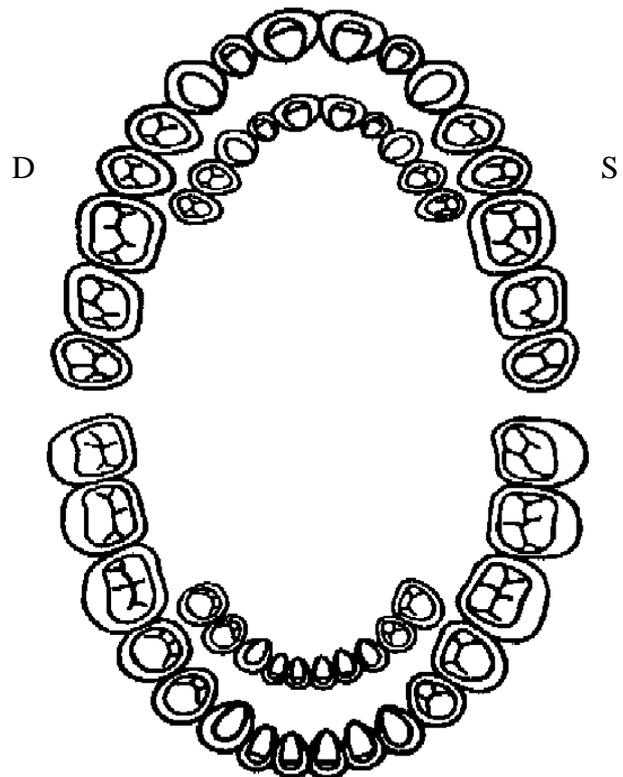
Implantologia, **viene indicata come segue: ?** = RETTANGOLO

### CHIRURGIA PARADONTALE

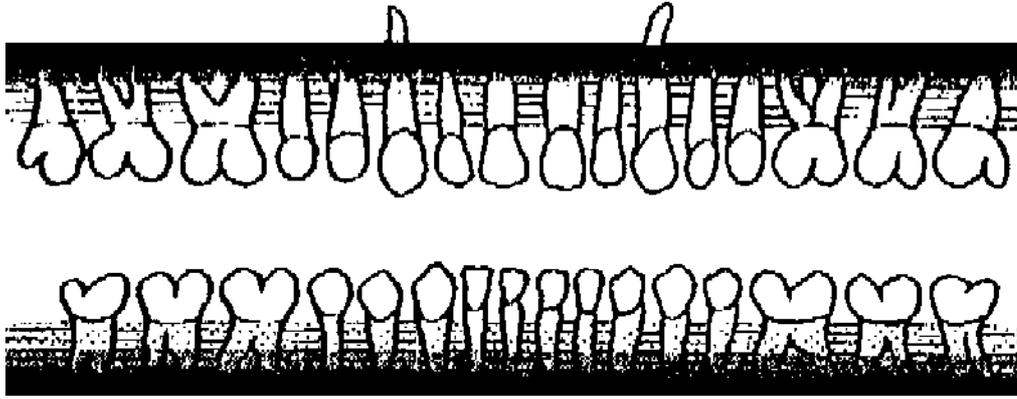
#### CONSERVATIVA



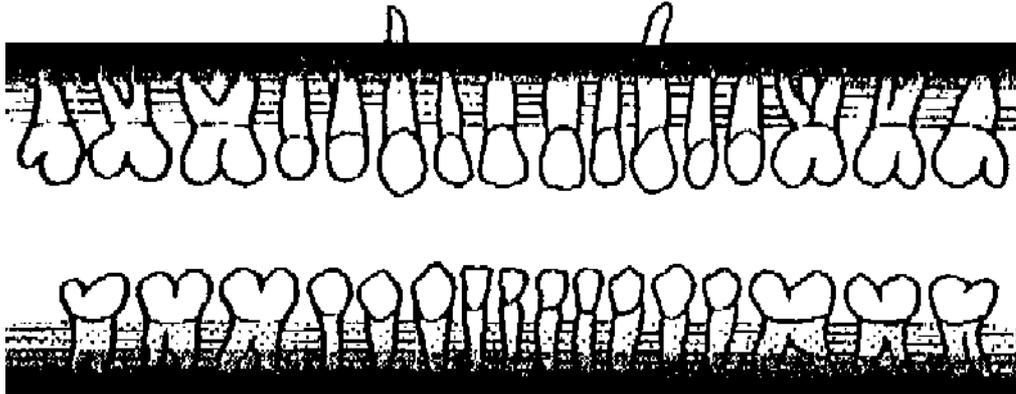
#### PROTESI - IMPIANTI



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) Ritrattamento 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"/>	<input type="text"/>
(87) Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	11,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(89) Protesi totale in resina (per arcata)	504,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(90) Protesi totale in resina (per arcata, con armatura scheletrata)	662,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(91) Protesi mobile parziale in resina	214,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(93) Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	11,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(94) Ribasamento protesi a freddo	52,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(95) Ribasamento protesi a caldo	65,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(96) Riparazione protesi	53,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

(97) Attacco di precisione	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(98) Byte	239,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(99) Maryland bridge	191,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(100) Ganci (L.N.P.)	16,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(101) Ganci (L.P titolo 500‰ minimo)	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Aggiunta dente a elemento	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

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

**Costo, previsto, della terapia** € \_\_\_\_\_

**Costo, definitivo, della terapia** € \_\_\_\_\_



(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: €** \_\_\_\_\_



# FONDAZIONE SANTA LUCIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

*Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria*

00179 Roma - Via Ardeatina, 306 - Tel. +39 06515011 - Fax +39 065032097 www.hsantalucia.it

## OGGETTO: proposta di ricovero

Sig. ....

nat..... a ..... (.....) il .....

domiciliata a ..... Via .....

tel. .... attività lavorativa ..... stato civile .....

documento ..... n° iscrizione S.S.N. .... Medico di base .....

### CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE:

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero: .....

.....

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata ..... **è stato in COMA? SI NO**

3) Condizioni generali: buone discrete scadenti Altezza: m ..... Peso: Kg ..... 4) Demenza: SI NO

5) Stato della coscienza: vigile obnubilato confuso 6) Deficit neuropsicologici e del linguaggio SI NO afasia disartria aprassia

Collabora: SI NO 7) Alimentazione p.os enterale parenterale SI NO SI NO SI NO

8) Tossicomania, tossicofilia (compreso l'alcolismo) SI NO 9) Trachestomia in atto SI NO

10) Difficoltà respiratorie SI NO

11) Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano)

.....

12) Intervento chirurgico: SI NO (indicare quale) .....

.....data intervento .....

13) Motilità volontaria Arto superiore dx conservata limitata assente Arto inferiore dx conservata limitata assente Arto superiore sin. conservata limitata assente Arto inferiore sin. conservata limitata assente

