

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE / ORTODONTICHE MODULO 5155

Socio: _____ CF: _____

Telefono: _____ Assistito: _____

RICHIESTA di autorizzazione iniziale per nuovi Soci/Beneficiari

DOCUMENTAZIONE stato clinico - specifica relativa alla fattura n. _____ del _____

Valido per prestazioni con documenti fiscali emessi dallo 01/01/2022

COME DOCUMENTARE LO STATO CLINICO PRIMA DELLE CURE AL FINE DEL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRETTA

Al fine di consentire al Consulente Medico della Cassa una verifica sulle prestazioni odontoiatriche/ortodontiche eseguite, è necessario che il medico odontoiatra documenti **sempre** al paziente lo stato ante-cure, indipendentemente dal costo delle prestazioni stesse.

Il medico odontoiatra dovrà quindi documentare lo stato ante-cure compilando sempre e per qualunque prestazione l'apposito modulo 5155, disponibile nell'area pubblica del sito web della Cassa.

Al momento del caricamento della richiesta di rimborso nella propria Area Riservata, il Socio provvederà a inserire il suddetto modulo 5155, attraverso il link "moduli" e la fattura, attraverso il link "fattura".

Per gli interventi che, a giudizio del medico odontoiatra, lo necessitano, lo stato clinico ante-cure dovrà essere documentato anche con radiografia panoramica, o con radiografie endorali, o fotografie, ovvero con documentazione idonea a tracciare efficacemente l'intervento da svolgersi (o eventualmente tramite dichiarazione scritta dal medico). La Cassa si riserva di chiedere al Socio tali evidenze prima di procedere al rimborso della prestazione.

In caso di documentazione mancante o incompleta, la Cassa non procederà al rimborso delle prestazioni.

E' facoltà della Cassa, a esito della prestazione e nell'interesse del Socio, procedere a eventuali controlli sui lavori eseguiti, per i quali verrà chiesta al Socio la produzione di idonea documentazione dello stato post-cure, di caratteristiche analoghe a quella ante-cure.

Se nel corso del trattamento odontoiatrico dovessero rendersi necessarie modifiche al piano di cure, il socio è tenuto a presentare nuovo modulo 5155 contestualmente alla fattura nella versione aggiornata.

Se i lavori iniziano nel primo anno di iscrizione/reiscrizione alla Cassa è obbligatorio inserire in procedura il modulo 5155 con il dettaglio delle prestazioni barrando "Richiesta di autorizzazione iniziale per i nuovi Soci/Beneficiari" e allegando per gli interventi che, a giudizio del medico odontoiatra, lo necessitano, lo stato clinico ante-cure che dovrà essere documentato anche con radiografia panoramica, o con radiografie endorali, o fotografie, ovvero con documentazione idonea a tracciare efficacemente l'intervento da svolgere al fine di avere un benessere da parte della Cassa prima di iniziare i lavori.

ATTENZIONE: Le radiografie/fotografie devono avere impresso nominativo e data di esecuzione.

Dopo aver inserito in procedura quanto sopra inviare una mail a info@cassamutuadiassistenza.it per segnalare l'avvenuto inserimento della "Richiesta di autorizzazione iniziale per i nuovi Soci/Beneficiari" indicando anche il numero di pratica.

CASSA MUTUA DI ASSISTENZA

ENDODONZIA CONSERVATIVA																		Quantità	Importo totale
N105	Otturazione o ricostruzione	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N147	Sigillatura solchi	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N163	Conservativa d'urgenza (incappucciamento polpa, pulpotomia, medicazione per gangrena, apertura urgenza camera)																		
N106	Devitalizzazione monocanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N166	Devitalizzazione pluricanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N109	Ritrattamento canalare con anestesia	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N164	Splintaggio (incisivi superiori a dente)	12			11			21			22								
N165	Splintaggio (incisivi inferiori a dente)	42			41			31			32								
N113	Ablazione tartaro, Igiene orale, Fluorizzazione																		
N107	Visita odontoiatrica																		
N142	RX Endorale																		
N143	RX Panoramica																		
N144	TAC Dentascan																		

CHIRURGIA																		Quantità	Importo totale
N101	Avulsione/estrazione normale con anestesia	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N104	Avulsione/estrazione inclusa ossea con anestesia dell'ottavo	18						28											
		48						38											
N112	Rizotomia/estrazione radice	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N116	Apicectomia	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N118	Piccolo intervento di chirurgia orale esclusa rigenerazione guidata ossea (la rigenerazione guidata ossea è rimborsabile solo con il codice N2/05) Evidenziare le voci interessate: innesto osseo autologo, innesto osseo eterologo, lembo, escissione, disinclusione, rimozione vecchio impianto																		
N167	Frenulectomia superiore																		
N168	Frenulectomia inferiore																		

CASSA MUTUA DI ASSISTENZA

PROTESI MOBILE																	Quantità	Importo totale	
N211	Protesi mobile per ogni elemento – solo se protesi definitive	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N2S20	Scheletrato (base superiore) – solo se protesi definitive																		
N2I20	Scheletrato (base inferiore) – solo se protesi definitive																		
N221	Scheletrato – per ogni elemento – solo se protesi definitive	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N123	Ribasatura diretta per ogni dente (su protesi mobile esistente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N132	Ribasatura indiretta per ogni dente (su protesi mobile esistente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N125	Gancio – solo su protesi definitive	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N119	Coniche cappette o attacco bottone o attacco di precisione	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N215	Protesi mobile provvisoria per ogni dente			16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26				
				46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36				
N117	Barra di Dolder / Ackermann (x dente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N216	Overdenture/protesi avvitata / Toronto (per dente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

IMPLANTOLOGIA																	Quantità	Importo totale	
N204	Impianto endosseo senza perno	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N131	Perno/pilastro su impianto	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N205	Rigenerazione guidata ossea per dente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

CASSA MUTUA DI ASSISTENZA

PROTESI FISSA

																		Quantità	Importo totale
N201	Elemento protesi fissa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N209	Maryland Bridge per elemento	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N203	Intarsio	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N130	Perno moncone su dente naturale e ricostruzione	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N127	Faccetta	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N148	Elemento protesi provvisorio	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

PARODONTOLOGIA

		Quantità	Importo totale
N404	Trattamenti parodontali: (evidenziare le voci interessate) courettage, levigatura (scaling), gengivectomia e gengivoplastica, tasche, laser parodontale, molaggio selettivo, allungamento corona clinica		

ALTRE PRESTAZIONI

		Quantità	Importo totale																
N197	Sedazione per seduta																		
N162	Rialzo del seno mascellare (x dente)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
N122	Riparazione protesi/cementazione																		
N149	Byte x bruxismo																		
N171	Check up ortodontico																		
N172	Esame kinesiografico																		

CURE ORTODONTICHE E GNATOLOGICHE

		Quantità	Importo totale
A301	Apparecchio/visite ortodontiche per minori di 18 anni		
A322	Apparecchio/visite ortodontiche per maggiorenni		

IMPORTO TOTALE EURO

--

NOTE:

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Nota bene

- Gli elementi dentari sono 32 (8 per arcata) e vengono classificati da 1 a 8 dall'incisivo centrale al terzo molare
- Il numero indicante il dente è preceduto da 1, 2, 3 o 4 a seconda trattarsi di elementi del quadrante sup. dx., sup. sin., inf. sin, inf. dx
- pertanto: 11 = incisivo centrale superiore destro, 12 incisivo laterale superiore destro, 13= canino superiore destro, etc., 38= terzo molare inferiore sinistro etc., 46= primo molare inferiore destro, 47= secondo molare inferiore destro, etc.
- i denti decidui (da latte), 20 in tutto (5 per arcata), seguono il medesimo schema ma i quattro quadranti vengono indicati con i numeri 5, 6, 7, 8, pertanto il 51 sarà l'incisivo centrale superiore destro, 61 idem ma il sinistro, etc.
- lo schema:

denti permanenti 18 17 16 15 14 13 12 11 / 21 22 23 24 25 26 27 28
 dx 48 47 46 45 44 43 42 41 / 31 32 33 34 35 36 37 38 sin.

denti decidui (o da latte) 55 54 53 52 51 / 61 62 63 64 65
 dx 75 74 73 72 71 / 81 82 83 84 85 sin.

