

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Pratica di rimborso da RIESAMINARE protocollo n.

Pratica di rimborso nuova

QUADRO IN ATTIVITÀ	
Nome	
Cognome	
Azienda	

QUADRO IN PENSIONE	
Nome	
Cognome	

Data e luogo di nascita Cod. Fiscale

ViaCAP Città

Tel. ufficio Tel. abitazione Cell

Banca

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali (International Banking Account Number)																
Cod. Paese	Cod. Contr.	CIN	ABI				CAB				CODICE CONTO CORRENTE					

1. È titolare/beneficiario di altre assicurazioni con copertura primaria? si no
Se si, allegare il prospetto di liquidazione rilasciato dalla compagnia assicuratrice.
2. È titolare/beneficiario di altre assicurazioni con copertura secondaria del rischio Integrativa alla Qu.A.S.?
 si no
Se si, allegare la dichiarazione attestante la tipologia della polizza sottoscritta (art. 4 commi 6/7/8 del regolamento vigente).

FATTURE E/O RICEVUTE DI SPESA ALLEGATE (indicare la quantità)

Sono escluse dal rimborso tutte le spese non supportate da idonea documentazione.

Note

Nell'ipotesi di prestazioni che si protraggono nel tempo è consentita la presentazione di domande parziali per le quali deve sempre sussistere coincidenza tra l'importo corrisposto alla Casa di Cura oppure al medico professionista rispetto alle prestazioni nel frattempo fruite ed elencate nel modulo di domanda.

Le domande parziali devono essere presentate nel rispetto temporale dei 365 giorni dalla data della fattura.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Tariffario Nomenclatore Qu.A.S. vigente, contenente la disciplina regolamentare della Cassa, e di accettarne senza riserve l'integrale contenuto da considerarsi inderogabile. Approva per quanto di rispettiva competenza esplicitamente le clausole di cui agli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Il sottoscritto dichiara che nel rapporto di lavoro in essere è integralmente applicato il contratto collettivo di lavoro e, conseguentemente, di adempiere a tutti gli obblighi contributivi nei confronti degli enti previsti dal CCNL. Dichiara, altresì, consapevole delle responsabilità civili e penali che conseguono a dichiarazioni false o mendaci, che tutto sopra enunciato corrisponde integralmente a verità. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e compreso le informazioni pubblicate sul sito www.quas.it in relazione al trattamento dei propri dati forniti ai fini della gestione della pratica di rimborso, giusto il disposto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Data

Firma del richiedente

E-mail

**È SEMPRE OBBLIGATORIO INDICARE IL CODICE DEL DENTE TRATTATO OVE PREVISTO
LA OMESSA O PARZIALE INDICAZIONE COMPORTA LA REIEZIONE DELLA DOMANDA**

Note per la corretta compilazione

- A** - Indicare il codice dei denti trattati secondo la suddivisione per quadranti:
B - Numero delle prestazioni effettuate
C - Importo totale della prestazione

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

PARTE GENERALE

C

ODODPG

002 RILIEVO IMPRONTE E PREPARAZIONE MODELLI DI STUDIO

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA

A

B

C

ODODRD

001 ABLAZIONE TARTARO (1) (3)

002 LEVIGATURA DELLE RADICI E/O COURETTAGE GENGIVALE (PER 4 DENTI) (2)

003 LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER 4 DENTI) (2)

004 LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER 4 DENTI) (2)

005 PLACCA DI SVINCOLO (6) (4)

006 MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE (PER SEDUTA - MAX 3) (4)

008 GENGIVECTOMIA (PER QUADRANTE come unica prestazione) (4) (5)

009 CHIRURGIA GENGIVALE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5)

010 CHIRURGIA MUCO GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5) (6)

011 AMPUTAZIONI RADICOLARI (PER RADICE ESCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO) (4) (6)

012 CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO, INCLUSA SUTURA TRATTAMENTO COMPLETO PER QUADRANTE) (4) (5)

014 INNESTO AUTOGENO (SITO MULTIPOLO INCLUSO LEMBO DI ACCESSO) (4) (5) (6)

016 INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (QUALUNQUE NUMERO O SEDE DEGLI IMPIANTI) (4) (5) (6)

017 LEMBI (LIBERI O PEDUNCOLATI PER LA CORREZIONE DI DIFETTI MUCOGENGIVALI) (4) (5) (6)

- Note
 (1) L'ablazione del tartaro e la levigatura delle radici sono concedibili una volta per anno (01/01 - 31/12) salvo se propedeutiche ad intervento di chirurgia parodontale (esclusa la gengivectomia).
 (2) La Cassa non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non è trascorso un anno (01/01 - 31/12) dalla precedente contribuzione.
 (3) Le prestazioni 01 e 02 sono alternative tra loro nello stesso piano di cura salvo se propedeutiche ad intervento di chirurgia parodontale (esclusa la gengivectomia).
 (4) Prestazione non ripetibile prima di un anno (01/01 - 31/12).
 (5) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro nello stesso piano di cura sullo stesso elemento o settore.
 (6) La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione così come definita nel Nomenclatore.

IMPLANTOLOGIA

A

B

C

N.B. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopanoramico, Rx endorale, le quali dovranno riportare il nominativo del paziente e la data di effettuazione).

ODODIM

013 IMPIANTO OSTEOINTEGRATO per elemento - come unica prestazione. (1)

014 INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (PER EMIARCATA - TRATTAMENTO COMPLETO e non ripetibile)

015 MINI IMPLANT COMPRESI ATTACCHI DI PRECISIONE - per elemento - come unica prestazione. (1)

- Note
 • Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento.
 • I contributi erogati dalla Qu.A.S. sono comprensivi di:
 1. protesi parziale rimovibile provvisoria comprensiva di ganci ed elementi propedeutica ad impianto;
 2. primo intervento preparatorio;
 3. porta impronte individuali;
 4. presa d'impronta;
 5. sutura provvisoria;
 6. secondo intervento;
 7. posizionamento della struttura;
 8. sutura definitiva;
 • In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento.
 • (1) Non sovrapponibile tra loro sullo stesso elemento.
 • Non sono concedibili interventi per provvisori in resina o corone fuse fisse.

Data Firma del medico

**È SEMPRE OBBLIGATORIO INDICARE IL CODICE DEL DENTE TRATTATO OVE PREVISTO
LA OMESSA O PARZIALE INDICAZIONE COMPORTA LA REIEZIONE DELLA DOMANDA**

CHIRURGIA		A	B	C
ODODCO				
001	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE	— —	—	—
003	ESTRAZIONE DI DENTE IN SOGGETTO SOTTOPOSTO A NARCOSI IN CIRCUITO (ESCLUSO COMP. ANESTESISTA) PER OGNI DENTE	— —	—	—
005	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE	— —	—	—
007	INTERVENTO PER FLEMMONE DELLE LOGGE PERIMASCELLARI	— —	—	—
009	MEDICAZIONE CHIRURGICA (PER SEDUTA - MAX 3 SEDUTE)	— —	—	—
010	APICECTOMIA (COMPRESA CURA CANALARE)	— —	—	—
011	RIZECTOMIA E RIZOTOMIA (COMPRESO LEMBO D'ACCESSO) COME UNICO INTERVENTO	— —	—	—
012	ASPORTAZIONE CISTI MASCELLARI (PER SEDUTA)	— —	—	—
013	ASPORTAZIONE DI EPULIDE (PER SEDUTA)	— —	—	—
015	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO (LIVEL. CRESTE ALVEOLARI, ELIMINAZIONE SINECHIE MUCOSE, FRENULECTOMIE, ETC.)	— —	—	—
018	DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI (PER CIASCUN ELEMENTO)	— —	—	—
019	FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA	— —	—	—
020	BIOPSIE (QUALUNQUE NUMERO)	— —	—	—

PROTESI MOBILI

N.B. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopantomico, Rx endorale, Certificato di conformità. Quest'ultimo deve contenere il tipo di protesi ed essere debitamente sottoscritto dalla Ditta produttrice).

ODODPR		A	B	C
014	PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE (COMPRESIVA DI GANCI ED ELEMENTI E DI PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA)	— —	—	—
016	PROTESI MOBILE TOTALE PER ARCATA CON DENTI IN RESINA O CERAMICA COMPRESIVA DI PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA	— —	—	—
017	PROTESI TOTALE MOBILE PROVVISORIA (PER ARCATA)	— —	—	—
018	SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE IN LNP O LP FUSO PREFABBRICATO	— —	—	—
019	APPARECCHIO SCHELETRATO (STRUTTURA LNP O LP, COMPRESIVA DI ELEMENTI - PER ARCATA)	— —	—	—
020	RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALUNQUE SISTEMA)	— —	—	—
021	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO)	— —	—	—
022	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO) CON AGGIUNTA DI ELEMENTO (PER ELEMENTO)	— —	—	—

La Cassa interviene solo su protesi mobili, resine, scheletrati.

Non sono concedibili interventi per provvisori in resina o corone fuse fisse.

Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopantomico, Rx endorale, Certificato di conformità. Quest'ultimo deve contenere il tipo di protesi ed essere debitamente sottoscritto dalla Ditta produttrice). Sulla documentazione deve essere chiaramente specificato, da parte del curante, il nominativo del paziente.

In caso di erogazione di un contributo per la ricostruzione o sostituzione di un elemento dentale in protesi rimovibile, devono essere trascorsi almeno 5 anni dal precedente trattamento protesico (misurati dalla data della prima fatturazione) per l'erogazione di un nuovo contributo per l'intervento protesico sullo stesso dente. Tale limite non sarà considerato nei confronti di iscritti che, entro il limite di tempo suindicato per il rinnovo delle protesi, presentino una sopravvenuta edentulia totale dell'arcata interessata, o per i casi di perdita di uno degli elementi naturali pilastro o di ancoraggio della protesi. Il limite dei 5 anni, inoltre, non sarà considerato nei casi di erogazione dei contributi riferiti a riparazioni o ribasamenti delle protesi totali.

TERAPIE CONSERVATIVE		A	B	C
ODODCN				
000	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 5ª CLASSE	_____	_____	_____
001	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 1ª CLASSE (1)	_____	_____	_____
002	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 2ª CLASSE (1)	_____	_____	_____
004	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 3ª CLASSE (1)	_____	_____	_____
005	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 4ª CLASSE (1)	_____	_____	_____
009	TRATTAMENTO CHIMICO DELL'IPERSENSIBILITÀ E PROFILASSI CARIE CON APPLICAZIONI TOPICHE OLIGOELEMENTI (PER ARCATA)	_____	_____	_____
010	INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA	_____	_____	_____
011	INTARSI L. P. - INLAY OD ONLAY (1)	_____	_____	_____
031	ENDODONZIA (PRESTAZIONE AD UN CANALE) (COMPRESSE RX)	_____	_____	_____
032	ENDODONZIA (PRESTAZIONE A DUE CANALI) (COMPRESSE RX)	_____	_____	_____
033	ENDODONZIA (PRESTAZIONE A TRE CANALI) (COMPRESSE RX)	_____	_____	_____
034	ENDODONZIA (PRESTAZIONE A QUATTRO CANALI) (COMPRESSE RX)	_____	_____	_____
035	PULPOTOMIA ED OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE (COMPRESSE RX E QUALUNQUE TIPO DI OTTURAZIONE) (1) (2)	_____	_____	_____
036	RICOSTRUZIONE CON ANCORAGGIO O PERNO AD ELEMENTO (1) (2)	_____	_____	_____
023	RIMOZIONE IN SICUREZZA DI AMALGAMA (3)	_____	_____	_____

Note

- Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali.
- Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per trattamenti conservativi e/o endodontici se non trascorsi almeno diciotto mesi dalla precedente contribuzione misurati dalla data della prima fatturazione.

(1) non sovrapponibile tra loro sullo stesso elemento
 (2) sovrapponibili tra loro sullo stesso elemento purchè successivi a trattamento di endodonzia
 (3) massimo 2 rimozioni per piano di cura. Prestazione consentita con certificazione attestante la tecnica utilizzata e la necessità clinica - reazione locale lichenoidale, certificata allergia alla amalgama - ad esclusione delle finalità estetiche.

DIAGNOSTICA		A	B	C
ODODRX				
001	RADIOGRAFIA ENDORALE (OGNI DUE DENTI) MASSIMO 3 PER OGNI PIANO DI CURA	_____	_____	_____
014	RADIOGRAFIA ENDORALE (PER ARCATA)	_____	_____	_____
011	BITE WING MASSIMO 4 PER OGNI PIANO DI CURA	_____	_____	_____
005	ORTOPANTOMOGRAMMA OD ORTOPANORAMICA	_____	_____	_____
006	TELERADIOGRAFIA	_____	_____	_____
007	SCIALOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO	_____	_____	_____
008	ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI	_____	_____	_____
009	DENTALSCAN 1 ARCATA	_____	_____	_____
010	DENTALSCAN 2 ARCADE	_____	_____	_____
012	ESAME ELETTROMIOGRAFICO	_____	_____	_____
013	ESAME KINESIOGRAFICO	_____	_____	_____

Note

- Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali.

Cognome e nome del richiedente Totale costo sostenuto

Data Firma del medico Timbro del medico