

**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 .....

Via .....CAP ..... Città .....

Tel. ufficio ..... Tel. abitazione ..... Cell .....

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali (International Banking Account Number)															
Cod. Paese	Cod. Contr.	CIN	ABI				CAB				CODICE CONTO CORRENTE				
											SWIFT/BIC (Solo per bonifico estero)				

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](http://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:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
B • Numero delle prestazioni effettuate	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
C • Importo totale della prestazione		

**PARTE GENERALE**

**C**

**ODODPG002** RILIEVO IMPRONTE E PREPARAZIONE MODELLI DI STUDIO

**IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA**

**A**

**B**

**C**

<b>ODODRD001</b>	ABLAZIONE TARTARO (1) (3)			
<b>ODODRD002</b>	LEVIGATURA DELLE RADICI E/O COURETTAGE GENGIVALE (PER QUADRANTE) (2)(3)	— —	—	—
<b>ODODRD003</b>	LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER 4 DENTI) (2)	— —	—	—
<b>ODODRD004</b>	LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER 4 DENTI) (2)	— —	—	—
<b>ODODRD008</b>	GENGIVECTOMIA (PER QUADRANTE come unica prestazione) (4) (5)	— —	—	—
<b>ODODRD009</b>	CHIRURGIA GENGIVALE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5)	—	—	—
<b>ODODRD010</b>	CHIRURGIA MUCO GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5) (6)	—	—	—
<b>ODODRD011</b>	AMPUTAZIONI RADICOLARI (PER RADICE ESCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO) (4) (6)	— —	—	—
<b>ODODRD012</b>	CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO, INCLUSA SUTURA TRATTAMENTO COMPLETO PER QUADRANTE) (4) (5)	— —	—	—
<b>ODODRD014</b>	INNESTO AUTOGENO (SITO MULTIPO INCLUSO LEMBO DI ACCESSO) (4) (5) (6)	— —	—	—
<b>ODODRD016</b>	INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (QUALUNQUE NUMERO O SEDE DEGLI IMPIANTI) (4) (5) (6)	— —	—	—
<b>ODODRD017</b>	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 elemento o settore 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).**

<b>ODODIM013</b>	IMPIANTO OSTEOINTEGRATO per elemento - come unica prestazione. (1)	— —	—	—
<b>ODODIM014</b>	INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (PER EMIARCATA - TRATTAMENTO COMPLETO e non ripetibile)	— —	—	—
<b>ODODIM015</b>	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
ODODC0001	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE	_____	_____	_____
ODODC0003	ESTRAZIONE DI DENTE IN SOGGETTO SOTTOPOSTO A NARCOSI IN CIRCUITO (ESCLUSO COMP. ANESTESISTA) PER OGNI DENTE	_____	_____	_____
ODODC0005	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE	_____	_____	_____
ODODC0009	MEDICAZIONE CHIRURGICA (PER SEDUTA - MAX 3 SEDUTE)	_____	_____	_____
ODODC0010	APICECTOMIA (COMPRESA CURA CANALARE)	_____	_____	_____
ODODC0018	DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI (PER CIASCUN ELEMENTO)	_____	_____	_____

PROTESI MOBILI		A	B	C
<b>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).</b>				
ODODPR014	PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE (COMPENSIVA DI GANCI ED ELEMENTI	_____	_____	_____
ODODPR016	PROTESI TOTALE DEFINITIVA RIMOVIBILE PER ARCATA CON DENTI IN RESINA O CERAMICA	_____	_____	_____
ODODPR018	SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE IN LNP O LP FUSO PREFABBRICATO	_____	_____	_____
ODODPR019	APPARECCHIO SCHELETRATO (STRUTTURA LNP O LP, COMPENSIVA DI ELEMENTI - PER ARCATA)	_____	_____	_____
ODODPR020	RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALUNQUE SISTEMA)	_____	_____	_____
ODODPR021	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO)	_____	_____	_____
ODODPR022	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO) CON AGGIUNTA DI ELEMENTO (PER ELEMENTO)	_____	_____	_____

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

Non sono concedibili interventi per provvisori in resina, protesi mobili provvisorie 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.

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

TERAPIE CONSERVATIVE		A	B	C
ODODCN000	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 5ª CLASSE	— —	—	—
ODODCN001	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 1ª CLASSE (1)	— —	—	—
ODODCN002	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 2ª CLASSE (1)	— —	—	—
ODODCN004	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 3ª CLASSE (1)	— —	—	—
ODODCN005	OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 4ª CLASSE (1)	— —	—	—
ODODCN031	ENDODONZIA (PRESTAZIONE AD UN CANALE) (COMPRESSE RX)	— —	—	—
ODODCN032	ENDODONZIA (PRESTAZIONE A DUE CANALI) (COMPRESSE RX)	— —	—	—
ODODCN033	ENDODONZIA (PRESTAZIONE A TRE CANALI) (COMPRESSE RX)	— —	—	—
ODODCN034	ENDODONZIA (PRESTAZIONE A QUATTRO CANALI) (COMPRESSE RX)	— —	—	—
ODODCN036	RICOSTRUZIONE CON ANCORAGGIO O PERNO AD ELEMENTO (1)	— —	—	—

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

DIAGNOSTICA		A	B	C
ODODRX001	RADIOGRAFIA ENDORALE (OGNI DUE DENTI) <b>MASSIMO 3 PER OGNI PIANO DI CURA</b>	— —	—	—
ODODRX014	RADIOGRAFIA ENDORALE (PER ARCATA)	— —	—	—
ODODRX005	ORTOPANTOMOGRAMMA OD ORTOPANORAMICA	— —	—	—
ODODRX006	TELERADIOGRAFIA	— —	—	—
ODODRX007	SCIALOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO	— —	—	—
ODODRX008	ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI	— —	—	—
ODODRX009	DENTALSCAN 1 ARCATA	— —	—	—
ODODRX010	DENTALSCAN 2 ARCATE	— —	—	—
ODODRX012	ESAME ELETTROMIOGRAFICO	— —	—	—
ODODRX013	ESAME KINESIOGRAFICO	— —	—	—

Note

- Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali.

**N.B. Si ricorda che verrà applicata una compartecipazione alla spesa del 10 % sulla quota rimborsata.**

Cognome e nome del richiedente ..... Totale costo sostenuto

Data ..... Firma del medico ..... Timbro del medico