

**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 sì, 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 sì, 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)**

LA FATTURA DOVRA' INDICARE IN MODO ANALITICO LE SINGOLE PRESTAZIONI EFFETTUATE CON IL RELATIVO IMPORTO E DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATA DALLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO AVVENUTO IN MODALITA' TRACCIABILE (BANCOMAT, CARTA DI CREDITO, BONIFICO, ASSEGNO, ECC.).

E' consentito il rimborso della fattura di acconto solo in presenza della fattura di saldo con indicazione analitica delle prestazioni effettuate e del relativo importo.

Le fatture devono essere presentate nel rispetto temporale dei 365 giorni dalla data delle stesse.

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

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 .....

**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**

**ODODRD001** ABLAZIONE TARTARO (1) (3)

**ODODRD002** LEVIGATURA DELLE RADICI E/O COURETTAGE GENGIVALE (PER QUADRANTE) (2)(3)

**ODODRD003** LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2)

**ODODRD004** LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2)

**ODODRD008** GENGIVECTOMIA (PER QUADRANTE come unica prestazione) (4) (5)

**ODODRD009** CHIRURGIA GENGIVALE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5)

**ODODRD010** CHIRURGIA MUCO GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5) (6)

**ODODRD011** AMPUTAZIONI RADICOLARI (PER RADICE ESCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO) (4) (6)

**ODODRD012** CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO, INCLUSA SUTURA TRATTAMENTO COMPLETO PER QUADRANTE) (4) (5)

**ODODRD014** INNESTO AUTOGENO (SITO MULTIPLIO INCLUSO LEMBO DI ACCESSO) (4) (5) (6)

**ODODRD016** INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (QUALUNQUE NUMERO O SEDE DEGLI IMPIANTI) (4) (5) (6)

**ODODRD017** 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).

(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) Prestazioni alternative tra loro nello stesso piano di cura.

(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 ortopantomorico, Certificato di conformità dell'impianto / Passaporto, Rx endorale, le quali dovranno riportare il nominativo del paziente e la data di effettuazione).**

La Cassa non prevede alcun contributo per provvisori in resina e corone fuse fisse su impianto.

**ODODIM013** IMPIANTO OSTEOINTEGRATO per elemento - come unica prestazione. (1)

**ODODIM014** INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (PER EMIA RCATA - TRATTAMENTO COMPLETO e non ripetibile)

**ODODIM015** MINI IMPLANT COMPRESI ATTACCHI DI PRECISIONE - per elemento - come unica prestazione. (1)

Note

• Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento.

• 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.

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 DEFINITIVE**

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).

|  | A | B | C |
|--|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|
| <b>ODODCN000</b> OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 5ª CLASSE                       |   |   |   |
| <b>ODODCN001</b> OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 1ª CLASSE (1)                   |   |   |   |
| <b>ODODCN002</b> OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 2ª CLASSE (1)                   |   |   |   |
| <b>ODODCN004</b> OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 3ª CLASSE (1)                   |   |   |   |
| <b>ODODCN005</b> OTTURAZIONE IN CAVITÀ DI 4ª CLASSE (1)                   |   |   |   |
| <b>ODODCN031</b> ENDODONZIA (PRESTAZIONE AD UN CANALE) (COMPRESSE RX)     |   |   |   |
| <b>ODODCN032</b> ENDODONZIA (PRESTAZIONE A DUE CANALI) (COMPRESSE RX)     |   |   |   |
| <b>ODODCN033</b> ENDODONZIA (PRESTAZIONE A TRE CANALI) (COMPRESSE RX)     |   |   |   |
| <b>ODODCN034</b> ENDODONZIA (PRESTAZIONE A QUATTRO CANALI) (COMPRESSE RX) |   |   |   |
| <b>ODODCN036</b> 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 |
|--|---|---|---|
| <b>ODODRX001</b> RADIOGRAFIA ENDORALE (OGNI DUE DENTI) <b>MASSIMO 3 PER OGNI PIANO DI CURA</b> |   |   |   |
| <b>ODODRX014</b> RADIOGRAFIA ENDORALE (PER ARCATA)   |   |   |   |
| <b>ODODRX005</b> ORTOPANTOMOGRAMMA OD ORTOPANORAMICA   |   |   |   |
| <b>ODODRX006</b> TELERADIOGRAFIA   |   |   |   |
| <b>ODODRX007</b> SCIALOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO   |   |   |   |
| <b>ODODRX008</b> ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI  |   |   |   |
| <b>ODODRX009</b> DENTALSCAN 1 ARCATA   |   |   |   |
| <b>ODODRX010</b> DENTALSCAN 2 ARCADE   |   |   |   |
| <b>ODODRX012</b> ESAME ELETTROMIOGRAFICO   |   |   |   |
| <b>ODODRX013</b> 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