

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

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.).

Per le prestazioni con rimborso in forma indiretta da parte del Fondo verrà applicata una compartecipazione alla spesa del 10% sulla quota rimborsabile.

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, ovvero che risulta iscritto alla Gestione speciale Pensionati della Cassa Qu.A.S.. 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

**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

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) (1)(2)(3)			
ODODRD003	LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2)(3)			
ODODRD004	LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2)(3)			
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)			
ODODRD011	AMPUTAZIONI RADICOLARI (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
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) MASSIMO 3 PER OGNI PIANO DI CURA			
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 ARCADE			
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