QuAS

Nomenclatore tariffario 2025
Domanda di rimborso spese odontoiatriche

(Piano di Cura) Prest 2 - Rev 20

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

☐ **Pratica di rimborso da INTEGRARE 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 QuAS? ☐ 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

LA FATTURA DOVRÀ RIPORTARE, ALL'INTERNO DEL CORPO DELLA STESSA, IL DETTAGLIO ANALITICO DELLE SINGOLE PRESTAZIONI EFFETTUATE CON IL RELATIVO IMPORTO E ESSERE ACCOMPAGNATA DALLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO AVVENUTO IN MODALITÀ TRACCIABILE (BANCOMAT, CARTA DI CREDITO, BONIFICO, ASSEGNO, ECC.). NON È POSSIBILE ACCETTARE ALLEGATI ALLE FATTURE O CORREZIONI SUCCESSIVE ALL'INTERNO DELLE FATTURE STESSE.

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

È 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 QuAS 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, 9.

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 QuAS. 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 .....

Modello riproducibile per copie successive a cura del Quadro.

E-mail .....

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

QuAS

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

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 CURETTAGE GENGIVALE (PER QUADRANTE) (1)(2)(3)	Q1 Q2 / Q4 Q3		
ODODRD003	LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2)(3)	Q1 Q2 / Q4 Q3		
ODODRD004	LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2)(3)	Q1 Q2 / Q4 Q3		
ODODRD008	GENGIVECTOMIA (PER QUADRANTE) (4) (5)	Q1 Q2 / Q4 Q3		
ODODRD010	CHIRURGIA MUCO GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5)	SUPERIORE INFERIORE 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		
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)	Q1 Q2 / Q4 Q3		
ODODRD014	INNESTO AUTOGENO (SITO MULTIPLO INCLUSO LEMBO DI ACCESSO) (4) (5) (6)	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		
ODODRD016	INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (QUALUNQUE NUMERO O SEDE DEGLI IMPIANTI) (4) (5) (6)	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		
ODODRD017	LEMBI (LIBERI O PEDUNCOLATI PER LA CORREZIONE DI DIFETTI MUCOGENGIVALI) (4) (5) (6)	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		

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

N.B. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopanoramico, 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.

		A	B	C
ODODIM013	IMPIANTO OSTEOINTEGRATO per elemento - come unica prestazione. (1)	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		
ODODIM014	INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (PER I QUADRANTI SUPERIORI - TRATTAMENTO COMPLETO e non ripetibile)	Q1 Q2 / Q4 Q3		
ODODIM015	MINI IMPLANT COMPRESI ATTACCHI DI PRECISIONE - per elemento - come unica prestazione. (1)	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		

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 .....

CHIRURGIA

		A	B	C
ODODC0001	ESTRAZIONE DI DENTE O 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		
ODODC0003	ESTRAZIONE DI DENTE IN SOGGETTO SOTTOPOSTO A NARCOSI IN CIRCUITO (ESCLUSO COMP. ANESTESISTA) PER OGNI 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		
ODODC0005	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE	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		
ODODC0009	MEDICAZIONE CHIRURGICA (PER SEDUTA - MAX 3 SEDUTE)			
ODODC0010	APICECTOMIA (COMPRESA CURA CANALARE)	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		
ODODC0018	DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI (PER CIASCUN 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		

PROTESI MOBILI DEFINITIVE

N.B. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopanoramico, 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.

		A	B	C
ODODPR014	PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE (COMPRENSIVA DI GANCI ED ELEMENTI) (1)	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		
ODODPR016	PROTESI TOTALE DEFINITIVA RIMOVIBILE PER ARCATA CON DENTI IN RESINA O CERAMICA (1)	SUPERIORE INFERIORE		
ODODPR018	SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE IN LNP O LP FUSO PREFABBRICATO	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		
ODODPR019	APPARECCHIO SCHELETRATO (STRUTTURA LNP O LP, COMPRENSIVA DI ELEMENTI - PER ARCATA) (1)	SUPERIORE INFERIORE		
ODODPR020	RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALUNQUE SISTEMA)	SUPERIORE INFERIORE		
ODODPR021	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO)	SUPERIORE INFERIORE		
ODODPR022	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO) CON AGGIUNTA DI ELEMENTO (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		

Note
La Cassa interviene solo su protesi mobili definitive, 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 ortopanoramico, 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.
(1) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro sullo stesso elemento o settore.

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

QuAS

TERAPIE CONSERVATIVE

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

Note
- Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali.
- Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per terapie conservative, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per terapie conservative 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**	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		
ODODRX014	RADIOGRAFIA ENDORALE (PER ARCATA)	SUPERIORE INFERIORE		
ODODRX005	ORTOPANTOMOGRAFIA OD ORTOPANORAMICA			
ODODRX006	TELERADIOGRAFIA			
ODODRX007	SCIALOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO			
ODODRX008	ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI			
ODODRX009	DENTALSCAN 1 ARCATA	SUPERIORE INFERIORE		
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