

- DIARIO CLINICO -

Gentile Cliente,

per erogare il rimborso della prestazione di odontoiatria, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la modulistica allegata.

Nello specifico:

Il DIARIO CLINICO dovrà riportare le prestazioni effettuate relative alle fatture presentate a rimborso.

Le prestazioni odontoiatriche oggetto del rimborso sono **esclusivamente** quelle previste dal Piano Sanitario, pertanto quanto riportato nel diario clinico fa fede solo ai fini istruttori e liquidativi.

Si prega di barrare con una X gli elementi o le sedi interessate e riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

Il documento compilato andrà trasmesso dall'iscritto, unitamente alle fatture e alle radiografie, pre e post impianto/intervento, se previste dalla prestazione. Le radiografie devono essere inviate in formato digitale originale esportato dal programma di visualizzazione utilizzato dall'odontoiatra o, nel caso di lastra analogica, producendo una fotografia, in formato .pdf o .jpg, della radiografia su diafanoscopio.

DATI DEL PAZIENTE																							
Cognome e Nome																							
Nato a			il																				
Codice Fiscale		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Residente a			Prov.																				
Via/Piazza		N°	N° Tel.																				

DATI DEL DENTISTA																							
Cognome e Nome																							
Nato a			il																				
Codice Fiscale		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Residente a			Prov.																				
Via/Piazza		N°	N° Tel.																				

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCISETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70CC01	INTARSIO (INLAY, ONLAY, OVERLAY) OPPURE FACCIETTA IN COMPOSITO	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		
70CC02	RICOSTRUZIONE DEL DENTE POST TRATTAMENTO ENDODONTICO	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		
70CC03	I CLASSE DI BLACK	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		
70CC04	II CLASSE DI BLACK	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		
70CC05	III CLASSE DI BLACK	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		
70CC06	IV CLASSE DI BLACK	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		
70CC07	V CLASSE DI BLACK	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		
70CE01	TRATTAMENTO ENDODONTICO MONOCANALARE	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		
70CE02	TRATTAMENTO ENDODONTICO BICANALARE	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		
70CE03	TRATTAMENTO ENDODONTICO PLURICANALARE (3 O PIÙ CANALI)	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		
70CE05	RITRATTAMENTO ENDODONTICO MONOCANALARE	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		
70CE06	RITRATTAMENTO ENDODONTICO BICANALARE	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		
70CE07	RITRATTAMENTO ENDODONTICO PLURICANALARE	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		
70CH02	APICETOMIA	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		
70CH03	ESTRAZIONE DENTALE	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		
70CH04	ESTRAZIONE DI ELEMENTO IN INCLUSIONE PARZIALE O 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		
70CH05	RIZECTOMIA O RIZOTOMIA	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		
70CH07	INTERVENTO DI CHIRURGIA ORTODONTICA PER ESPOSIZIONE DI ELEMENTO INCLUSO	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		

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCIETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	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		
70PA03N	BLOCCAGGIO INTERDENTALE (SPLINTAGGIO)	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		
70PA05N	CHIRURGIA MUCOGENGIVALE E/O INTERVENTO DI CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA E/O ALLUNGAMENTO DI CORONA CLINICA	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		
70PA06N	UTILIZZO DI MATERIALI BIO-COMPATIBILI	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		
70PF01	ELEMENTO A GIACCA IN RESINA	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		
70PF02	ELEMENTO DI MARYLAND	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		
70PF03	CORONA/FACCETTA IN CERAMICA, QUALSIASI TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	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		
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	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		
70PF05	PERNO MONCONE ENDOCANALARE O ABUTMENT IMPLANTARE	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		
70PF07	RIMOZIONE CORONE O PERNI PREESISTENTI	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		
70PF08	RIPARAZIONE FACCETTE	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		
70PI04	SIGILLATURA DEI SOLCHI	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		
70PR02	ATTACCHI DI PRECISIONE, QUALSIASI TIPO	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		
70PR03	PERNO CON ATTACCO PER OVERDENTURE	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		
70RA02	RADIOGRAFIA ENDORALE, ANALOGICA O DIGITALE	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		

 Data

 Firma e timbro dell'odontoiatra

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)		IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CH08	CHIRURGIA PREPROTESICA	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70CH11	AUMENTO VERTICALE E/O ORIZZONTALE DEL PROCESSO ALVEOLARE CON INNESTO AUTOLOGO E/O ETEROLOGO, O GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE CON INNESTO AUTOLOGO E/O ETEROLOGO O APERTURA DEL SENO MASCELLARE (ES. PER RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO)	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA02N	INTERVENTO DI CHIRURGIA GENGIVALE CON SCALING E ROOT PLANING A CIELO APERTO	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA04	INTERVENTO PER GENGIVECTOMIA / GENGIVOPLASTICA	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PI03	TERAPIA CAUSALE PARODONTALE NON CHIRURGICA COMPRESIVA DI SCALING-ROOT PLANING E/O APPLICAZIONE DI LASER E/O OZONO	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)		IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70PF09	RIABILITAZIONE TOTALE FISSA AVVITATA SU IMPIANTI (ES.: TORONTO O COLUMBUS BRIDGE, ALL ON 4, ALL ON 6, ECC.)	Arcata superiore			
		Arcata inferiore			
70PR04	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE DEFINITIVA	Arcata superiore			
		Arcata inferiore			
70PR05	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA	Arcata superiore			
		Arcata inferiore			
70PR06	PROTESI RIMOVIBILE TOTALE DEFINITIVA	Arcata superiore			
		Arcata inferiore			
70PR07	PROTESI RIMOVIBILE TOTALE PROVVISORIA	Arcata superiore			
		Arcata inferiore			
70PR08	RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE - SISTEMA DIRETTO O INDIRETTO	Arcata superiore			
		Arcata inferiore			

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CH01	SEDAZIONE COSCIENTE (ANALGESIA SEDATIVA)		
70CH06	INTERVENTO DI BIOPSIA		
70CH09	ALTRI INTERVENTI DI CHIRURGIA ORALE NON PRECEDENTEMENTE ELENCATI		
70GN02	MOLAGGIO SELETTIVO		
70GN03	BITE, QUALSIASI TIPOLOGIA		
70OR01	VISITA SPECIALISTICA ORTODONTICA O TRATTAMENTO DELLE URGENZE ORTODONTICHE		
70OR02N	TERAPIA ORTODONTICA FISSA O INVISIBILE		
70OR06	TERAPIA ORTODONTICA INTERCETTIVA, FUNZIONALE O ORTOPEDICA		
70OR08	MANTENITORE DI SPAZIO		
70PA01	INCISIONE DI ASCESSO		
70PI01	DETARTRASI		
70PI02	FLUOROPROFILASSI TOPICA		
70PR09	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE		
70RA01	ORTOPANTOMOGRAMMA DELLE ARCATE DENTARIE, ANALOGICA O DIGITALE		
70RA03	TELERADIOGRAFIA, ANALOGICA O DIGITALE		
70RA04	TAC DENTALSCAN		
70VI01	VISITA DI CONTROLLO ODONTOIATRICA O TRATTAMENTO DELLE URGENZE ODONTOIATRICHE		

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra