

SCHEDA ANAMNESTICA/DIAGNOSTICA E CURE ODONTOIATRICHE (FORMA INDIRECTA)

Per l'Associato od avente diritto



SOCIO N.

NOMINATIVO ASSOCIATO

Timbro della struttura sanitaria o del medico Odontoiatra

La presente scheda, che non ha valore a fini fiscali, rappresenta il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture:

n..... del.....
n..... del.....
n..... del.....
n..... del..... } Totale complessivo €

Deve essere compilata dall'Odontoiatra che ha eseguito le cure ed inviata al Fondo In Più dall'Associato insieme alla documentazione di spesa, con le modalità in uso. Deve essere firmata dal medico Odontoiatra che ha eseguito le cure (non dalla struttura sanitaria) e dall'Associato od Avente diritto (se minore da chi ne fa le veci).

In assenza di questo documento correttamente compilato non sarà possibile procedere con il rimborso

IMPORTANTE PER L'ASSOCIATO

Il presente Modulo rappresenta unicamente una sintesi schematica delle prestazioni odontoiatriche che in nessun modo costituisce parte della normativa contrattuale. Le prestazioni ivi riepilogate, così come eventuali esclusioni e limiti, saranno aggiornati automaticamente in base ad eventuali modifiche subite dal Tariffario Fasi anche nel corso dell'annualità.

Si raccomanda di prendere visione dell'elenco analitico e specifico delle prestazioni ricomprese, dei massimali, dei limiti, delle esclusioni, delle eventuali franchigie previste nel Piano Sanitario sottoscritto per l'annualità in corso, in base al TARIFFARIO FASI IN CORSO DI VALIDITA' AL MOMENTO DEL SINISTRO, riportate integralmente sul sito del Fasi alla pagina "Tariffario" www.fasi.it/tariffario/scarica-i-tariffari/.

IMPORTANTE PER L'ODONTOIATRA

Per ciascuna prestazione eseguita devono essere indicati (ove previsti) i singoli denti trattati o l'arcata secondo la codifica tradizionale, utilizzando lo schema (A).

Per ciascuna prestazione eseguita, confermare la quantità totale dei medesimi trattamenti (B).

Tutti gli importi indicati per le prestazioni devono essere comprensivi dell'anestesia locale, laddove necessaria. Allo stesso modo gli importi per rilievo di impronte, per modelli di studio del caso, per sigillatura e per applicazioni topiche di fluoro (vernici, gel, lacche, IRFD) devono essere ricompresi nelle relative prestazioni/cure (C).

PRESTAZIONI RIFERITE AL TARIFFARIO FASI
(per compilare usare il tariffario in corso reperibile sul sito web del Fasi)

N. Progressivo Fasi	Descrizione	(A) Denti e/o Arcate	(B) Numero trattamenti	(C) Importo
