



PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA - FAX DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE - PREVENTIVO DI SPESA: DETTAGLIO

Parte riservata al C.tro Servizi Arca	N. AUTORIZZAZIONE
---------------------------------------	-------------------

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Indicare per ogni prestazione da eseguire il CODICE di riferimento del Nomenclatore Tariffario FISDE in vigore, il dente/ da fatturare secondo la codifica tradizionale, nonchè gli accertamenti radiografici .

Le prestazioni di seguito descritte, una volta autorizzate, dovranno essere tariffate applicando le condizioni economiche concordate con il FISDE. Le eccedenze di spesa rispetto a quanto rimborsato dal FISDE sono saldate dall'assistito.

denti permanenti  denti decidui  (contrassegnare con X)

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	arcata o emiarcata		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	arcata o emiarcata	
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65									85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
codice																	---	codice																	---	
totale																	quota socio																		quota fisde	
codice																	---	codice																		---
totale																	quota socio																		quota fisde	
codice																	---	codice																		---
totale																	quota socio																		quota fisde	
codice																	---	codice																		---
totale																	quota socio																		quota fisde	
codice																	---	codice																		---
totale																	quota socio																		quota fisde	
codice																	---	codice																		---
totale																	quota socio																		quota fisde	

Totale  totale quota Socio/beneficiario esterno  totale quota Fisde

Indicare la durata presunta delle cure ed eventuali note della Struttura Odontoiatrica:

Note:

**NOTA BENE:** In caso di variazione del piano di cura in corso d'anno occorre richiedere nuova autorizzazione al Centro Servizi ARCA. Il presente preventivo ha validità fino al 31 dicembre dell'anno corrente. Qualora le prestazioni non fossero ultimate entro tale data, occorre richiedere una nuova autorizzazione con validità 1 gennaio dell'anno successivo.

Si ricorda che al termine delle cure deve essere inviata al Centro Servizi ARCA la " SCHEDA PER CURE ODONTOIATRICHE" in ORIGINALE ove dovranno risultare le prestazioni effettivamente eseguite. **Dovrà essere, altresì, inviata la documentazione radio-fotografica e quanto previsto dalla normativa FISDE.**

Il Socio/Beneficiario esterno è consapevole che i suddetti importi sono suscettibili di variazione in relazione alla propria situazione di capienza relativa al limite massimo di rimborso (tetto) erogabile per ciascun anno (01 gennaio - 31 dicembre), tenuto conto dei documenti di spesa presentati. In relazione a ciò, il Socio/Beneficiario esterno si impegna a rimborsare al FISDE gli eventuali importi pagati in eccedenza dal FISDE stesso.

luogo e data

Il Socio/Beneficiario esterno (FIRMA LEGGIBILE)

L'avente diritto - se maggiorenne (FIRMA LEGGIBILE)

Il Medico Odontoiatra della struttura che eseguirà le cure (Timbro e Firma)

La Struttura Sanitaria (Timbro e Firma)