



Nidil CGIL Via Garibaldi, 3 – Bergamo
Tel. 035/3594183
E-mail: nidilbg@cgil.lombardia.it

RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE PER I LAVORATORI IN SOMMINISTRAZIONE E LORO FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

1. VERIFICA DI AVERE QUESTI REQUISITI

- **Dover usufruire** della prestazione odontoiatrica nel corso del contratto in somministrazione o nei 120 giorni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.
- Per prestazioni successive alla cessazione aver svolto una o più missioni con durata complessiva di almeno 30 giorni.
- Trasmettere la richiesta di autorizzazione **prima di eseguire l'intervento.**

2. PORTA I DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

- Documento d'identità,
- Codice fiscale/Tessera Regionale dei Servizi,
- Ultimo contratto di lavoro in somministrazione e eventuali proroghe,
- Ultima busta paga,
- Modulo preventivo corredato di scheda visita con timbro e firma del medico odontoiatra.
- Codice IBAN riportato nell'estratto conto,
- Un indirizzo di posta elettronica (e-mail).

NEL CASO IN CUI LA PRESTAZIONI RIGUARDI I FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO/FIGLI)

- Codice fiscale/Tessera Regionale dei Servizi del familiare.

3. FISSA UN APPUNTAMENTO E PORTA CON TE LA DOCUMENTAZIONE

il giorno ore

4. RICHIESTA DI RIMBORSO

- Copia del documento di spesa con l'indicazione delle prestazioni effettuate e del dente oggetto della prestazione.

ATTENZIONE

- Le richieste di rimborso possono essere inviate entro 90 giorni dal pagamento della prestazione

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Il presente modulo deve essere compilato dal medico odontoiatra che deve apporre proprio timbro e firma su tutte le pagine del modulo stesso.

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

Nome del paziente _____

La data di inizio per le cure in oggetto del presente preventivo è prevista per il giorno* _____

Data di nascita del paziente _____

*(campo obbligatorio, la non compilazione comporterà il rigetto della domanda di autorizzazione).

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
CHIRURGIA DENTALE				
Estrazione per dente				
CONSERVATIVA				
Otturazione qualsiasi classe o materiale (compresa ricostruzione diretta con perno di qualsiasi materiale)				
Intarsio (non associabile ad otturazione sullo stesso elemento)				
ENDODONZIA				
Cura canalare completa (compresa qualsiasi tipo di otturazione, compresi ritrattamenti), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX endorali (per dente)				

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--------

IMPLANTOLOGIA

Impianti osteo-integrati				
Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – Intervento ambulatoriale (per emiarcata)				

PROTESI FISSE

Perno moncone su dente naturale				
Corona provvisoria (per dente o impianto)				
Corona definitiva (per dente o impianto) qualsiasi tipo qualsiasi materiale				

PROTESI MOBILI

Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)				
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per arcata				
Protesi removibile su impianti compresi barra e attacchi per arcata				
Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata				
Protesi totale immediata, per arcata e per anno				

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--------

GNATOLOGIA

Placca diagnostica o ortotico o bite				
--------------------------------------	--	--	--	--

ORTODONZIA

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o invisibili con mascherine o apparecchiature di contenzione (qualsiasi tecnica – per arcata e per anno di cura)				
---	--	--	--	--

ALTRE PRESTAZIONI

Gentile professionista,

al fine di consentire al paziente il rimborso di parte delle spese odontoiatriche/ortodontiche, Le chiediamo di completare la documentazione che trova in allegato.

La stessa modulistica è richiesta nel caso in cui le cure siano relative ad un familiare fiscalmente a carico (limitatamente a **coniuge e figli**).

Le prestazioni di igiene orale e la sigillatura solchi per bambini a carico (di età inferiore a 8 anni) sono rimborsabili senza preventiva autorizzazione.

Documentazione da allegare

Cure odontoiatriche

- Modulo preventivo autorizzazione spese odontoiatriche (completo di dati dello studio, data del preventivo, data inizio cure, importo del preventivo, timbro e firma del professionista).
- Nel caso in cui il preventivo superi l'importo totale di € 300, ortopantomografia pre-trattamento con relativo referto, non anteriore a 30 giorni rispetto alla data del preventivo.

Cure ortodontiche

In aggiunta alla documentazione prevista al punto precedente:

- Referto dello studio del caso ortodontico, con timbro e firma del medico ortodontista contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire, la tecnica da utilizzare, la durata prevista del trattamento e la data di inizio della cura.

Può scaricare copia del “Modulo preventivo” dal sito



<http://ebitemp.it/lavoratori/tutela/tutela-sanitaria/>

A disposizione per eventuali richieste di chiarimenti, La ringraziamo per la gentile collaborazione.



NIDIL CGIL Bergamo
Via Garibaldi 3 – Bergamo
nidilbg@cgil.lombardia.it
Tel. 035/3594183

TARIFFARIO ODONTOIATRICO PER LA TUTELA SANITARIA

PREVENZIONE

Ablazione del tartaro	€ 40
Sigillatura solchi (per dente)	€ 25

CHIRURGIA DENTALE

Estrazione (per dente)	€ 50
------------------------	------

CONSERVATIVA

Otturazione diretta (una per dente qualsiasi classe e materiale)	€ 100
Intarsio	€ 150

ENDODONZIA

Cura canalare completa (compresa qualsiasi tipo di otturazione, compresi ritrattamenti), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX endorali (per dente)	€ 150
---	-------

IMPLANTOLOGIA

Impianti osteo-integrati	€ 400
Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – Intervento ambulatoriale (per emiarcata)	€ 500

PROTESI FISSE

Perno moncone su dente naturale	€ 170
Corona provvisoria (per dente o impianto)	€ 80
Corona definitiva (per dente) qualsiasi tipo qualsiasi materiale	€ 350

PROTESI MOBILI

Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)	€ 400
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per arcata	€ 200
Protesi removibile su impianti compresi barra e attacchi	€ 800
Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata	€ 500
Protesi totale immediata, per emiarcata e per anno	€ 300

GNATOLOGIA

Placca diagnostica o ortotico o bite	€ 200
--------------------------------------	-------

ORTODONZIA

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o invisibili con mascherine o apparecchiature di contenzione (qualsiasi tecnica – per arcata e per anno)	€ 400
---	-------

IMPORTO MASSIMO EROGABILE PER ANNO SOLARE: 2.000 € PER NUCLEO FAMILIARE

VIENE APPLICATA UNA FRANCHIGIA FISSA DEL 20% SU OGNI SINGOLA VOCE RIMBORSABILE DA TARIFFARIO
O SE INFERIORE SULL'IMPORTO INDICIATO IN FATTURA