CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE
LAVORATORI LUXOTTICA
Via Leonardo del Vecchio 1, 32021 Agordo BL
csaluxottica.it
csa@csaluxottica.it

Mod. **CD**
Rev. **04**
del 22/05/2025

MODULO CURE DENTARIE

(Usare un modulo per ogni fattura a SALDO.)

Il presente prospetto va redatto INTERAMENTE dall'odontoiatra, e deve contenere in dettaglio le indicazioni delle prestazioni di cui alla relativa fattura. La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la propria personale responsabilità. Eventuali falsità saranno perseguite ai sensi dell'Art. 485 e Art. 640 del C.P. (falsità in scrittura privata e truffa).

Fattura/scontrino numero _____ del ___/_____/_____
Tipologia fattura: ☐ A Saldo ☐ A Saldo con acconti, indicarne numero e date di emissione:
_____
La fattura indicata è oggetto di contributo da parte di GENERALI: ☐ NO ☐ SI per € _____
Il sottoscritto medico curante dichiara che, con la fattura in oggetto, al Sig/ra _____ data di nascita _____/_____/_____ Cod. Fiscale _____ sono stati eseguiti i trattamenti sottoelencati:

PREVENZIONE	Seduta di igiene (ablazione tartaro)	1	Nr.
	Applicazione fluoro	2	Nr.
	Medicazione	3	Nr.
	Visita	4	Nr.
RADIOLOGIA	Radiografia endorale	5	Nr.
	Ortopantomografia	6	Nr.
	TAC/Cone Beam	7	Nr.
CONSERVATIVA	Sigillatura (per singolo dente)	8	Nr.
	Otturazione 1 superficie	9	Nr.
	Otturazione 2 superfici	10	Nr.
	Otturazione 3 superfici	11	Nr.
	Ricostruzione	12	Nr.
PARODONTOLOGIA	Scaling	13	Nr.
	Gengivectomia	14	Nr.
	Intervento parodontale	15	Nr.
ENDODONZIA	Cura canalare dente anteriore	16	Nr.
	Cura canalare dente posteriore	17	Nr.
	Cura canalare dente deciduo	18	Nr.
CHIRURGIA	Apicectomia	19	Nr.
	Estrazione semplice	20	Nr.
	Estrazione complessa	21	Nr.
	Estrazione chirurgica	22	Nr.
PROTESICA	Impronta di studio	23	Nr.
	Prove di protesi	24	Nr.
	Corona provvisoria/terapeutica	25	Nr.
	Corona permanente	26	Nr.
	Ponte provvisorio	27	Nr.
	Ponte permanente	28	Nr.
	Perno moncone	29	Nr.
	Intarsio	84	Nr.
IMPLANTOLOGIA	Impianto	30	Nr.

ATTENZIONE!!! Non modificare e/o aggiungere voci al presente elenco, pena l'annullamento del relativo contributo.

Data ___/___/_____ Timbro e Firma del medico _____

CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE
LAVORATORI LUXOTTICA
Via Leonardo del Vecchio 1, 32021 Agordo BL
csaluxottica.it
csa@csaluxottica.it

Mod. **CD**
Rev. **04**
del 22/05/2025