

Polizza CNCE - LAVORATORE - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 1 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO** (p. 1 Cond. polizza)
(da inviare a CNCE all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **si** O **no** O
- Cognome (se si) n. iscrizione al Fondo
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....
.....

Descrizione sommaria delle lesioni subite

.....
.....

Luogo dell'eventuale ricovero

.....
.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg.
(si ricorda che che per ricoveri di durata uguale o superiore ai 15 gg. occorre compilare il modulo 2)

Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione

.....

Data _____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

1. FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE OPERAI

Se in conseguenza di **infortunio professionale od extra professionale**, l'assicurato fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto nel successivo punto 5) inizialmente convenuto in **€ 1.000,00**, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
 - accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie) delle Condizioni Generali di Assicurazione;
 - visite mediche e specialistiche;
 - onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
 - apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
 - trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
 - cure mediche fisioterapiche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
-
- acquisto, noleggio o affitto di apparecchi terapeutici o di apparecchi protesici di qualsiasi tipo (escluse protesi dentarie);

Il fondo, tramite la Compagnia, rimborsa inoltre, sino al **20%** (eventualmente rivedibile di anno in anno) della somma assicurata, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per protesi dentarie.

Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "**Prevedi**" il massimale viene elevato ad **€2.000,00**.

1.b.) Rimborso integrale ticket

Nel caso in cui il lavoratore si rivolga alle strutture pubbliche e non a quelle private per le prestazioni di cui ai punti precedenti, verranno integralmente rimborsati i ticket dovuti al S.S.N., senza applicazione di alcuna franchigia.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 2 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **INDENNITA' FORFETTARIA PER RICOVERO OSPEDALIERO, DA INFORTUNIO PROFESSIONALE, UGUALE O SUPERIORE A 15 GIORNI E/O INVALIDITA' PERMANENTE SUPERIORE AL 50%** (p. 2 a), b), c) e d) Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it **in formato .pdf**)

N.B. - Nell' *oggetto* della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì** **no**
- Recapito telefonico..... (se sì) n. iscrizione al Fondo
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....
.....

Descrizione sommaria delle lesioni subite

.....
.....

Luogo dell'eventuale ricovero

.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg.

Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione

.....
.....

Data _____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

2 INDENNITÀ FORFETARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CON RICOVERO MINIMO DI 15 GG., INVALIDITÀ PERMANENTE MAGGIORE DI 50%

a) qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura per un periodo pari ad almeno 15 giorni, la Compagnia provvederà ad indennizzarlo con una somma di € 1.500,00. Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad € 3.000,00.

b) qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura per un periodo pari ad almeno 30 giorni, l'indennizzo di cui al punto a) viene elevato alla somma di € 2.000,00. Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad € 4.000,00.

Le indennità di cui al punto b) escludono quelle previste al punto a).

c) qualora all'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse riscontrata una Invalidità Permanente superiore al 50% la Compagnia liquiderà una somma di € 5.000,00 (€ 3.500,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto nel paragrafo a) precedente). Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad € 10.000,00 (€7.000,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al paragrafo a) precedente).

d) qualora all'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse riscontrata una Invalidità Permanente superiore al 50% la Compagnia liquiderà una somma di € 5.000,00 (€ 3.000,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto nel paragrafo b) precedente). Qualora l'assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad € 10.000,00 (€ 6.000,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al paragrafo b) precedente).

Le indennità di cui al punto d) escludono quelle previste al punto c).

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 3 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **ASSEGNO FUNERARIO NEL CASO DI MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE** (p. 4 Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Dati anagrafici della persona deceduta a seguito di infortunio professionale

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì** **no**
- Recapito telefonico..... (se sì) n. iscrizione al Fondo
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)- infortunio professionale

.....
.....

Descrizione dell'evento (infortunio professionale)

.....
.....
.....
.....

Data_____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

ASSEGNO FUNERARIO

Nel caso di morte a seguito di infortunio professionale, la Compagnia liquiderà una somma di **€ 1.500,00 (euro millecinquecento/00)**, entro 90 giorni dalla data di presentazione della relativa documentazione. Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi", tale indennità viene elevata ad € 3.000,00.

Modulo 4 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **TRATTAMENTO DI CURE PER LA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE** (p. 2 e) Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza..... Prov.....
- Regione di Residenza.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....
.....

Descrizione sommaria delle lesioni subite

.....
.....

Luogo del ricovero

.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg.

Prognosi gg

(Allegare Modulo di "Proposta di ricovero" integralmente compilato)

Data _____

N.B.

UNIPOL trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

2 CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE.

e) qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura con un periodo di prognosi di almeno trenta giorni e a seguito dell'infortunio si rendessero necessarie le cure per la riabilitazione neuromotoria, la Compagnia garantirà per i casi verificatisi nell'anno assicurativo, le spese riguardanti il trattamento di riabilitazione del deficit neuromotorio dipendente direttamente da infortunio professionale. La prestazione potrà essere effettuata esclusivamente presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria ai sensi della legge **n. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni**).La necessità dell'esecuzione delle cure riabilitative sarà valutata dall'Ente sanitario, che esaminerà l'anamnesi dell'infortunio e la documentazione inviata dall'ospedale ove ricoverato l'assicurato. In sede di valutazione, sarà facoltà della CNCE, nominare un proprio medico fiduciario in funzione di osservatore.

Unipol Assicurazioni si riserva la facoltà di dare un giudizio di merito sulla necessità delle cure. La prestazione sarà erogata in forma di convenzionamento.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 4.1 (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: **INTEGRATIVA PER RIMBORSO FORFETARIO SPESE DI TRASPORTO A FAVORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (p. 2 h) Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – “Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale” - Data del sinistro.

.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione-
Indirizzo – Comune – Provincia - Regione**

.....
.....
.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza..... Prov.....
- Regione di Residenza.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data _____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

2 CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO *ABILITATO* *AI SENSI DI LEGGE*

h) Rimborso forfetario spese di trasporto

All'assicurato ricoverato per le cure riabilitative, verrà riconosciuto un rimborso forfetario di €500,00, se la cura avviene all'interno della regione di residenza ovvero di €1.000,00, se la cura avviene fuori la regione di residenza.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 4.2 (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: **INTEGRATIVA PER SERVIZIO DI VITTO E LETTO A FAVORE DI ACCOMPAGNATORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (p 2 g) Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – “Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale” - Data del sinistro.

.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione-
Indirizzo – Comune – Provincia - Regione**

.....
.....
.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- C.Fisc.....

Dati anagrafici dell'accompagnatore

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza.....Prov.....
- Regione di Residenza.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data_____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

2 CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO *ABILITATO AI SENSI DI LEGGE*

g) Vitto e letto

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa fuori della regione di residenza del lavoratore infortunato, sarà fornito all'accompagnatore, per un massimo di 90 giorni anche non continuativi, il servizio di vitto e letto, presso l'istituto nel quale si svolge la cura. La prestazione sarà erogata in forma di convenzionamento.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 4.3 (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: **INTEGRATIVA PER DIARIA GIORNALIERA A FAVORE DI ACCOMPAGNATORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (p. 2 f) Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – “Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale” - Data del sinistro.

.....
.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione-
Indirizzo – Comune – Provincia - Regione**

.....
.....
.....

Periodo /Durata delle cure riabilitative:

.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- C.Fisc.....

Dati anagrafici dell'accompagnatore

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza..... Prov.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data_____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

2 CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO *ABILITATO AI SENSI DI LEGGE*

f) Diaria dell'accompagnatore

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa, all'accompagnatore del lavoratore sottoposto a riabilitazione, verrà riconosciuta una diaria pari a € 50,00 pro-die per un massimo di 90 giorni se la cura avviene fuori la provincia di residenza e all'interno della regione di residenza. Il rimborso avverrà su presentazione di documentazione comprovante l'avvenuta presenza e le spese sostenute presso l'Istituto in cui si svolge la riabilitazione.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 5 (per la denuncia di sinistro e richiesta di autorizzazione)

Prestazione: **RIMBORSO SPESE PER PROTESI DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO.**

(p. 3 Cond. polizza)

(da inviare a **cnce** all'indirizzo e-mail info@edilcard.it in formato .pdf)

N.B. - Nell' oggetto della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- Indirizzo.....
- Comune di Residenza.....
- Recapito telefonico.....
- Tel. Cellulare.....
- E-mail.....
- Altro recapito.....
- C.Fisc.....

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....
.....

Descrizione sommaria delle lesioni subite (allegare progetto di cura predisposto dall'odontoiatra curante)

.....
.....

Luogo dell'eventuale ricovero

.....
.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg.
(si ricorda che per ricoveri di durata uguale o superiore ai 15 gg. occorre compilare il modulo 2)

Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione

.....

Data_____

N.B.

CNCE, dopo avere ricevuto **autorizzazione da parte del medico fiduciario e successiva** informazione da UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, alla quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

3 RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO

Nel caso di infortunio professionale che causi danni all'apparato dentale e ne comprometta le funzioni masticatorie, la Compagnia a condizione che risultino danneggiati totalmente almeno 4 denti posteriori o totalmente almeno 4 denti anteriori, rimborserà le spese odontoiatriche sostenute purchè strettamente necessarie al ripristino della funzionalità masticatoria, fino ad un massimo di €7.500,00.

Il rimborso avverrà esclusivamente se il progetto di cura, predisposto da parte dell'odontoiatra curante, sarà stato approvato da un medico fiduciario nominato di concerto tra la Compagnia Assicuratrice Unipol e la CNCE.

**Progetto di cura Odontoiatrica e fornitura dei relativi dispositivi medici su misura.
Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.**

Oggi,..... si è sottoposto a visita odontoiatrica il/la Sig/sig.ra

.....Nato/a il.....

residente in.....Prov.....

Via/P.zan.....CF

D. Identità.....N.....Rilasciato il.....Autorità.....

Nella sua qualità di:

? **Lavoratore assistito dalla Cassa Edile di _____;**

Munito di idoneo verbale di Pronto Soccorso, attestante l'avvenuto sinistro che ha comportato danni all'apparato dentale e ne abbia compromesso le funzioni masticatorie, a seguito di danneggiamento totale di almeno 4 denti posteriori o di danneggiamento totale di almeno 4 denti anteriori.

Si allega copia originale verbale di P.S.

La visita è stata effettuata allo scopo di verificare eventuali danni di carattere odontoiatrico e, se necessario, redigere un progetto di cura e di fornitura di manufatti odontotecnici.

Esito della visita:

- **Diagnosi:**

.....

.....

- **Trattamento previsto:**

.....

.....

- **Durata del trattamento:**

.....

- **Manufatti e dispositivi medici su misura necessari**

.....

.....

Costo totale, previsto, generale del trattamento € _____ (Cura più dispositivi medici su misura).

Costo totale, definitivo, generale del trattamento € _____ (Cura più dispositivi medici su misura) – *ove si rendessero necessarie ulteriori cure non prevedibili al momento della prima visita.*

N.B.: Ogni incremento di spesa dovrà essere autorizzato, a mezzo fax, dal medico fiduciario.

NOTE GENERALI

- I denti mancanti **sono stati anneriti**;
- I denti da estrarre sono **contraddistinti con la sigla E**;
- I denti da sottoporre a terapia canalare **sono contraddistinti con la sigla TC**;
- I denti da sottoporre a terapia conservativa **sono contraddistinti con la sigla CO**.
- Radiografia, **indicata: RX**.
- Ortopanoramica, **indicata OT**.

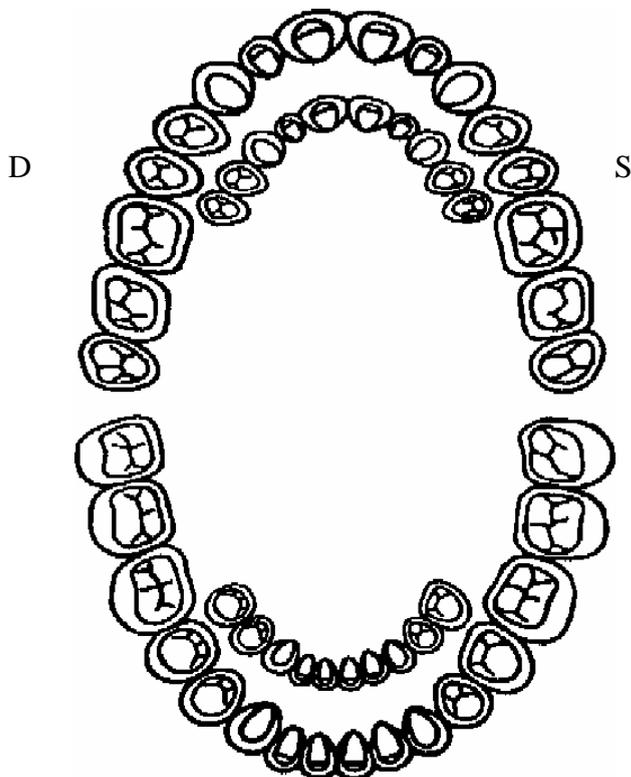
PROTESI

- Protesi fissa, **viene indicata come segue:**  = CORONA;
- Ponte, di due o più denti, **racchiusi in un rettangolo:** 
- Protesi mobile, come precedente **ma con tratteggio:** 

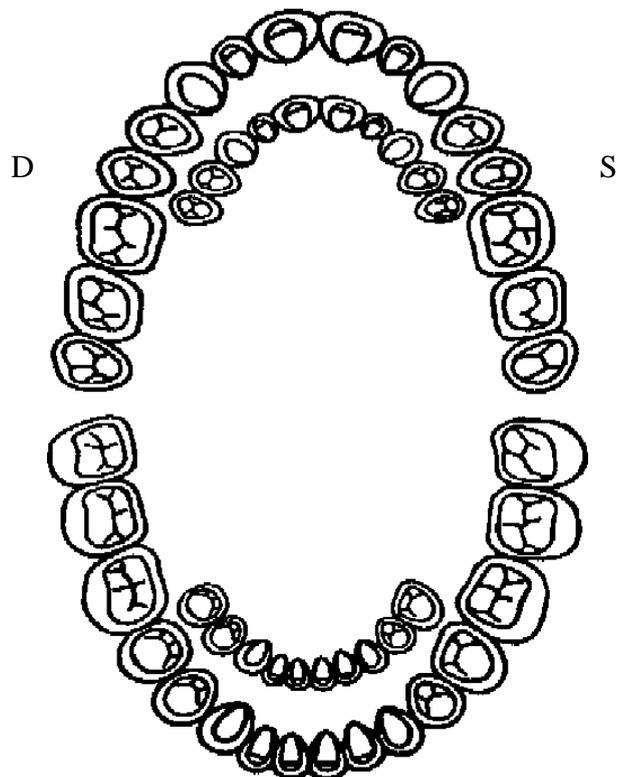
Implantologia, **viene indicata come segue: ?** = RETTANGOLO

CHIRURGIA PARADONTALE

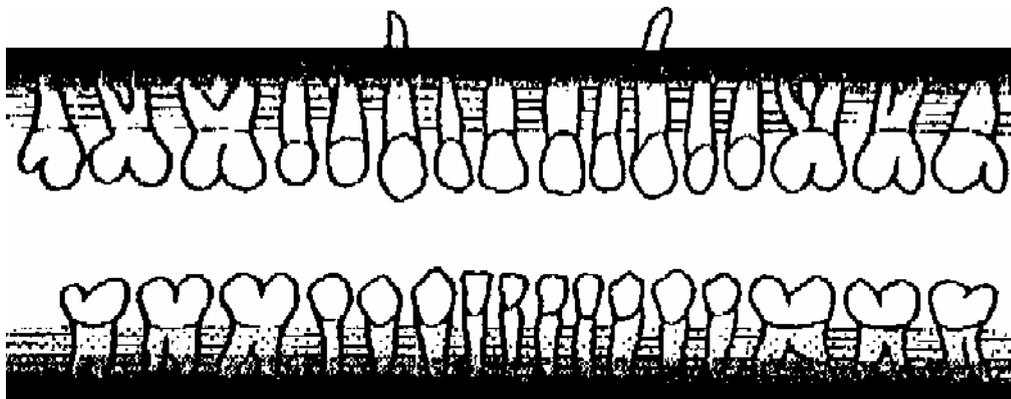
CONSERVATIVA



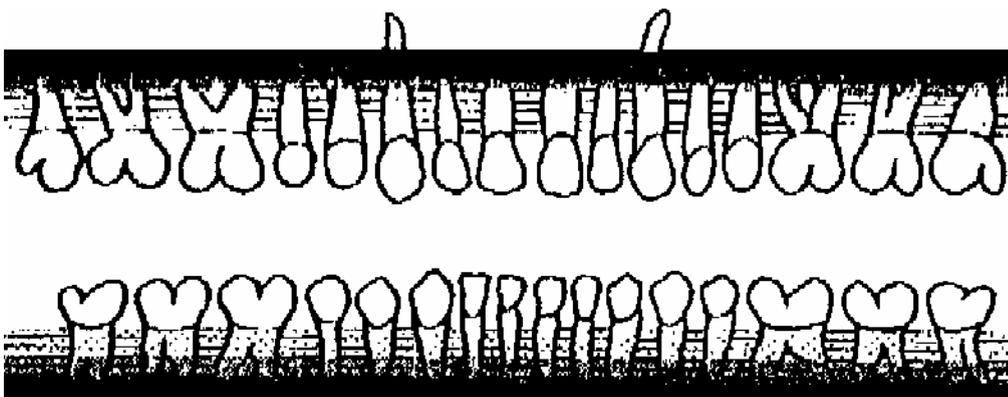
PROTESI - IMPIANTI



vestibolare



palatale



linguale

PARTE 1 – PROGETTO DI CURA

STOMATOLOGIA

Igiene orale e paradontologia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

Codice		€	N°	Importo Totale
(05)	Legature denti intracoronali (per 4 denti)	88,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(10)	Lembo gengivale (per 4 denti) su 4 sestanti	186,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(11)	Lembo muco gengivale (courettage a cielo aperto, posizionato apicalmente)	243,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(12)	Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	77,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(13)	Chirurgia ossea recettiva (per quadrante)	258,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(14)	Innesto autogeno (sito singolo incluso lembo di accesso)	325,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Endodonzia
Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(46) Incappucciamento diretto della polpa (ott. coronale a parte)	52,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(47) Cura canalare (1 canale)	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(48) Cura canalare (2 canali)	155,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(49) Cura canalare (3 o più canali)	207,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(50) Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpale (ott. coronale a parte)	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(51) Ritattamento per canale	26,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(52) Posizionamento diga	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(53) Ricostruzione di parete per permettere il posizionamento della diga	26,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(54) Perno endocanalare	77,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protesi mobile
Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(86) Scheletrato superiore o inferiore	624,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(87) Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	11,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(89) Protesi totale in resina (per arcata)	504,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(90) Protesi totale in resina (per arcata, con armatura scheletrata)	662,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(91) Protesi mobile parziale in resina	214,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(93) Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	11,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(94) Ribasamento protesi a freddo	52,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(95) Ribasamento protesi a caldo	65,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(96) Riparazione protesi	53,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(97) Attacco di precisione	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(98) Byte	239,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(99) Maryland bridge	191,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(100) Ganci (L.N.P.)	16,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(101) Ganci (L.P titolo 500‰ minimo)	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Aggiunta dente a elemento	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

(102) Radiografia indorale per due denti vicini	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Radiografia RX singola	10,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Ortopanoramica	36,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Costo, previsto, della terapia € _____

Costo, definitivo, della terapia € _____

PARTE 2 FORNITURE MANUFATTI E DISPOSITIVI MEDICI SU MISURA

**Elenco dei dispositivi e manufatti autorizzati
Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.**

(35)	Moncone per impianti (aboutaman)	48,00	<input type="checkbox"/>								
(70)	Ceratura diagnostica in articolatore	110,00	<input type="checkbox"/>								
(71)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa)	80,00	<input type="checkbox"/>								
(72)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. con faccetta in Resina	120,00	<input type="checkbox"/>								
(73)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa titolo 500‰ minimo)	144,00	<input type="checkbox"/>								
(74)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. con faccetta in Resina (titolo 500‰ minimo)	144,00	<input type="checkbox"/>								
(75)	Corona in ceramica o elemento di ponte in L.N.P e ceramica	130,00	<input type="checkbox"/>								
(76)	Corona in ceramica o elemento di ponte in L.P. (titolo 500‰ minimo)	150,00	<input type="checkbox"/>								
(77)	Perno moncone in L.P. (titolo 500‰ minimo)	58,00	<input type="checkbox"/>								
(79)	Corona provvisoria in resina	17,00	<input type="checkbox"/>								
(80)	Corona provvisoria rinforzata	21,00	<input type="checkbox"/>								
(83)	Faccetta in ceramica	130,00	<input type="checkbox"/>								
(84)	Intarsio in L.P. (titolo 500‰ minimo) o ceramica	120,00	<input type="checkbox"/>								
(85)	Corona a giacca in ceramica	140,00	<input type="checkbox"/>								
(86)	Scheletrato superiore o inferiore	120,00	<input type="checkbox"/>								
(87)	Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	17,00	<input type="checkbox"/>								
(89)	Protesi totale in resina (per arcata)	240,00	<input type="checkbox"/>								
(90)	Protesi totale in resina (per arcata, con armatura scheletrata)	350,00	<input type="checkbox"/>								
(91)	Protesi mobile parziale in resina	50,00	<input type="checkbox"/>								

(93) Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(94) Ribasamento protesi a freddo	30,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(95) Ribasamento protesi a caldo	70,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(96) Riparazione protesi	30,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(97) Attacco di precisione	45,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(98) Byte	50,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(100) Ganci (L.N.P.)	24,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(101) Ganci (L.P titolo 500%o minimo)	48,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							
(105) Aggiunta dente a elemento	18,00	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

TOTALE, PROVVISORIO, FORNITURA: € _____

TOTALE, DEFINITIVO, FORNITURA: € _____



FONDAZIONE SANTA LUCIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria

00179 Roma - Via Ardeatina, 306 - Tel. +39 06515011 - Fax +39 065032097 www.hsantalucia.it

OGGETTO: proposta di ricovero

Sig.

nat..... a (.....) il

domiciliata a Via

tel. attività lavorativa stato civile

documento n° iscrizione S.S.N. Medico di base

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE:

1) Diagnosi di natura e sede della malattia, che giustifica il ricovero:

.....

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata **è stato in COMA?** **SI • NO •**

3) Condizioni generali: buone discrete scadenti Altezza: m Peso: Kg 4) Demenza: **SI** **NO**

5) Stato della coscienza: vigile obnubilato confuso 6) Deficit neuropsicologici e del linguaggio **SI** **NO** afasia disartria aprassia

Collabora: **SI** **NO** 7) Alimentazione enterale parenterale p.os **SI** **NO** **SI** **NO**

8) Tossicomania, tossicofilia (compreso l'alcolismo) **SI** **NO** 9) Trachestomia in atto **SI** **NO**

10) Difficoltà respiratorie **SI** **NO**

11) Concomitanti condizioni morbose (compresa l'eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano)

.....

12) Intervento chirurgico: **SI** **NO** (indicare quale)

.....data intervento

13) Motilità volontaria **assente** Arto superiore dx **conservata** **limitata** Arto inferiore dx **conservata** **limitata** **assente** Arto superiore sin. **conservata** **limitata** **assente** Arto inferiore sin. **conservata** **limitata** **assente**

Limitazioni articolari

.....

mantiene la stazione eretta	SI	NO	Altre osservazioni:
mantiene la posizione seduta	SI	NO	
deambula	SI	NO
controindicazioni al carico	SI	NO	

14) Continenza vescica SI NO
continenza alvo SI NO

15) Trofismo cutaneo (indicare se ci sono piaghe da decubito, precisando, in caso affermativo, sede estensione in cm. e profondità)
.....

16) Precedenti condizioni morbose:

17) Esami strumentali eseguiti (allegare eventuale referto)

ECG Risonanza Magnetica TC Elettromiografia Ecografia

18) Terapia in atto:

19) Luogo in cui si trova attualmente il paziente:

20) Precedenti ricoveri

21) Obiettivo riabilitativo

SCHEDA AGGIUNTIVA PER SINDROME POST-COMATOSA
(da compilare esclusivamente se il paziente ha avuto un episodio di coma)

COSCIENZA:

Il paziente fissa e segue con lo sguardo? SI • NO •

Il paziente esegue ordini? SI • NO •

Il paziente muove spontaneamente uno o più arti? SI • NO •

Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? SI • NO •

Il paziente presenta agitazione psico-motoria? SI • NO •

Il paziente si alimenta per os? SI • NO •

Il paziente presenta frequenti ipertemie e/o infezioni ricorrenti? SI • NO •

Data

(Recapito telefonico del medico.....)

(nelle ore

IL MEDICO PROPONENTE
(timbro, firma ed eventuale qualifica)

(La mancata compilazione integrale di questo modulo può determinare il rifiuto della proposta di ricovero o la richiesta di ulteriori precisazioni con allungamento dei tempi di attesa)

(PARTE RISERVATA ALL'OSPEDALE S.LUCIA)

Data

IL PRIMARIO