



**RIMBORSO
IMPLANTOLOGIA FUORI RETE**

(Documentazione per lavoratori dipendenti di
imprese edili e familiari)



DOCUMENTAZIONE

Per avviare la procedura di rimborso delle prestazioni di implantologia fuori rete è necessario che l'iscritto o il familiare a carico beneficiario presenti alla Cassa Edile/EdilCassa la seguente modulistica:

- [MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO](#)
- [DIARIO CLINICO*](#)
- COPIA RADIOGRAFIA PRE E POST IMPIANTO E RELATIVI REFERTI
- COPIA FATTURA (parlante)**
- COPIA [ATTESTAZIONE DI SERVIZIO](#) O COPIA DELL'ULTIMA BUSTA PAGA
Sarà cura del lavoratore richiedente non rendere visibili eventuali dati sensibili presenti nel corpo della busta paga.
- COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ
L'obbligo è previsto nei soli casi di richiesta presentata tramite posta elettronica.

MASSIMALI

La modalità **fuori rete** nella garanzia implantologia prevede un sotto massimale pari all'80% rispetto alle tariffe previste per la modalità in rete:

Piano BASE		Piano PLUS	
Sotto massimale fuori rete	Massimale in rete	Sotto massimale Fuori Rete	Massimale In Rete
Tre o più impianti € 1.345	Tre o più impianti € 1.680	Tre o più impianti € 2.400	Tre o più impianti € 2.800
Due impianti € 840	Due impianti € 1.050	Due impianti € 1.400	Due impianti € 1.750
Un impianto € 420	Un impianto € 525	Un impianto € 730	Un impianto € 910

* Il DIARIO CLINICO, debitamente compilato dal proprio medico odontoiatra, deve riportare l'indicazione delle prestazioni effettuate, il relativo importo e la data di esecuzione di ciascuna prestazione.

** La "Fattura parlante" ossia con indicazione analitica delle voci di spesa sostenute e coincidenti con quelle richiamate nel diario clinico.



Come presentare le richieste di rimborso

Nelle more di implementazione della funzione web, per richiedere il rimborso delle prestazioni di implantologia fuori rete, l'iscritto o il familiare fiscalmente a carico potrà utilizzare i seguenti canali:

A Sportello Cassa Edile/EdilCassa

Presentazione allo sportello della Cassa Edile/EdilCassa alla quale risulti iscritto il lavoratore o, se non iscritto, alla Cassa Edile/EdilCassa a cui fa riferimento la propria sede di lavoro.

Si raccomanda, prima di recarsi allo sportello, di compilare il modulo di richiesta rimborso e di arrivare già muniti della documentazione da allegare.

B Persona delegata (facilitatore)

Quanto previsto dalla precedente lettera A potrà avvenire tramite facilitatore (con esclusione delle prestazioni richieste per i familiari dell'iscritto).

C Posta elettronica o raccomandata

Inoltare la documentazione alla Cassa Edile/EdilCassa alla quale risulti iscritto il lavoratore per mezzo di posta elettronica o posta raccomandata con ricevuta di ritorno; per l'impiegato fare riferimento alla Cassa Edile/EdilCassa della Provincia nella quale ha la sede l'azienda presso la quale è assunto.

PUNTI DI ATTENZIONE

A Nei limiti dei massimali previsti dai Piani Sanitari, l'iscritto per ricevere il rimborso delle prestazioni effettuate e indicate puntualmente nel Diario Clinico dovrà risultare in **copertura assicurativa** alla data di ciascuna prestazione in questo riportata.

B I sinistri di implantologia iniziati prima del **01/05/2022, anche se conclusi dopo il 01/05/2022**, non potranno essere oggetto di rimborso.

RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA ESEGUITE FUORI RETE - DIARIO CLINICO -

Gentile Cliente,

per erogare il rimborso della prestazione di implantologia, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la modulistica allegata.

Nello specifico:

Il DIARIO CLINICO dovrà riportare le prestazioni effettuate relative alle fatture presentate a rimborso.

Si prega di barrare con una X gli elementi o le sedi interessate, riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

La documentazione compilata andrà consegnata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni e alle radiografie pre e post impianto, alla propria Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

DATI DEL PAZIENTE										
Cognome e Nome										
Nato a			il	Codice Fiscale						
Residente a							Prov.		CAP	
Via/Piazza				N°		N° tel.				

DATI DEL DENTISTA										
Cognome e Nome										
Nato a			il	Codice Fiscale						
Residente a							Prov.		CAP	
Via/Piazza				N°		N° tel.				

DIARIO CLINICO																					
CODICE DI RIFERIMENTO UNISALUTE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70PF03	CORONA/FACCETTA IN CERAMICA, QUALSIASI TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
70PF05	PERNO MONCONE ENDOCANALARE O ABUTMENT IMPLANTARE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
ALTRE PRESTAZIONI PRESENTI IN FATTURA MA NON COPERTE	ALTRE PRESTAZIONI NON RIENTRANTI NELL'ELENCO PRECEDENTE INDICARE L'IMPORTO RESIDUO RISPETTO ALLE VOCI PRECEDENTI																				
TOTALE																					

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra