

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 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).



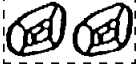
Costo totale, definitivo, generale del trattamento € _____ (Cura più dispositivi medici su misura) – *ove si rendessero necessarie ulteriori cure non prevedibili al momento della prima visita.*

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**.

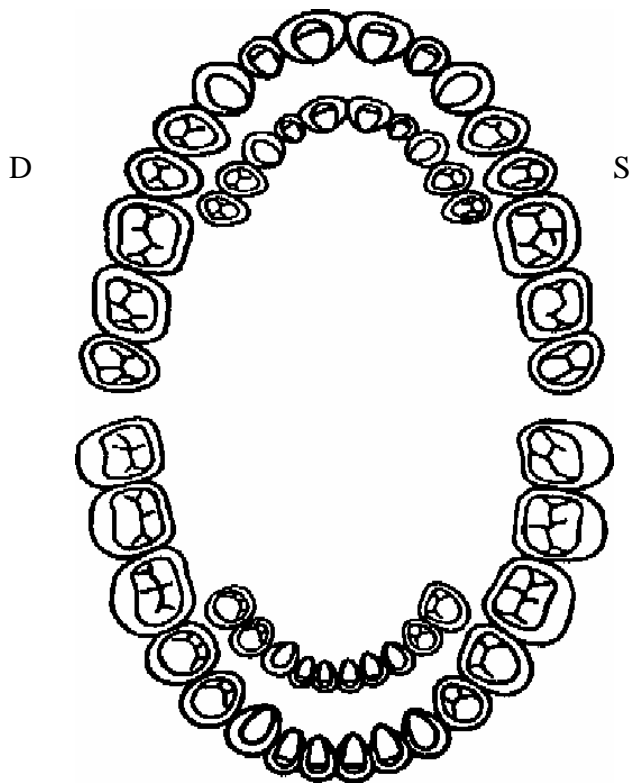
PROTESI

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

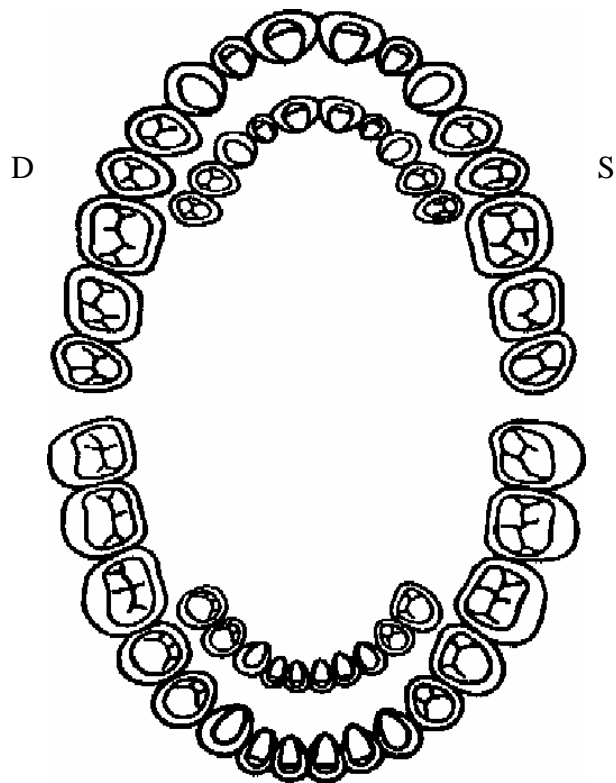
Implantologia, **viene indicata come segue: ?** = RETTANGOLO

CHIRURGIA PARADONTALE

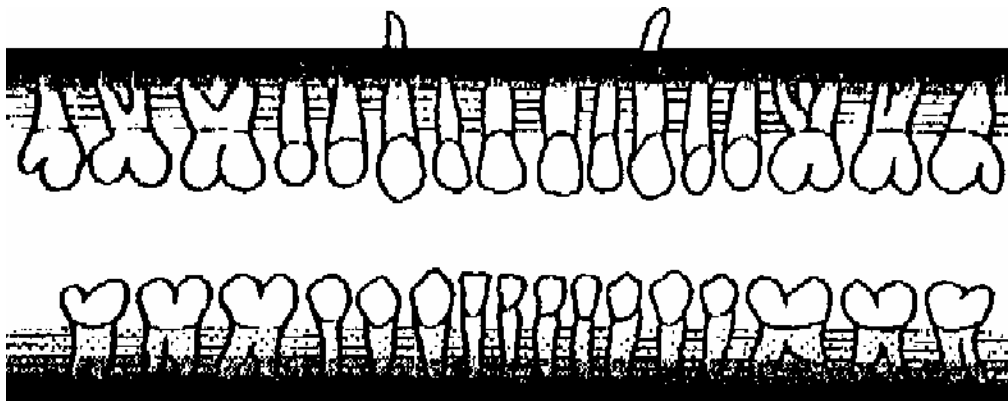
CONSERVATIVA



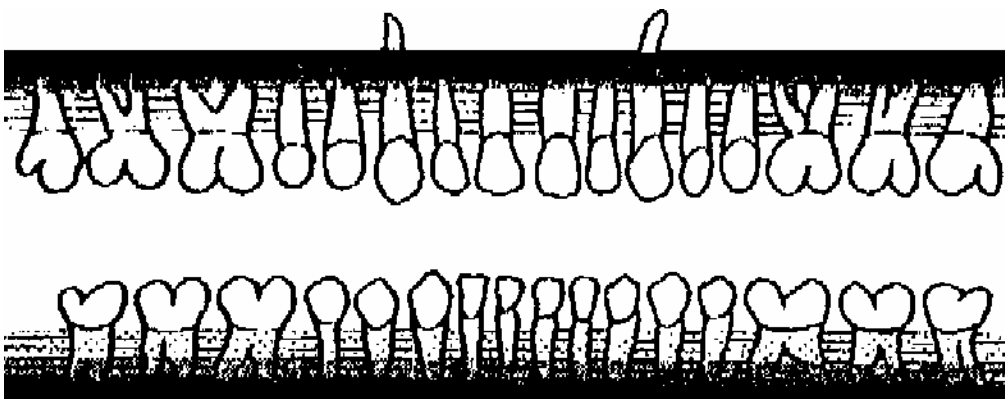
PROTESI - IMPIANTI



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"/>

(15) Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	387,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)	403,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)	434,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18) Lembo libero o peduncolato	258,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chirurgia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(19) Estrazione semplice di dente o radice	31,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20) Estrazione complicata di un dente o radice	52,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21) Estrazione di un dente o radice in inclusione ossea Parziale	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22) Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	155,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(23) Estrazione di terzo molare in disotontiasi	181,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(24) Estrazione di terzo molare in inclusione totale	259,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(25) Interventi di piccola chirurgia orale: (incisione di accesso, piccole sequenstromie, emorragie alveolari, toilette chirurgica alveolare-urotomia, frenulectomia)	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30) Intervento chirurgico protesico: (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomie, tori palatini, tori mandibolari, osteomi) per emiarcata	103,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(33) Anestesia singola (fino ad un massimo di 10 fiale)	21,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Implantologia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(34) Impianti endossei (vite)	516,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(35) Moncone per impianti (abatteman)	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(36) Rialzo seno mascellare	516,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(37) Minirialzo seno mascellare	258,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(98) Byte	239,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(99) Maryland bridge	191,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(100) Ganci (L.N.P.)	16,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(101) Ganci (L.P titolo 500‰ minimo)	43,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Radiografia RX singola	10,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Ortopanoramica	36,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(70)	Ceratura diagnostica in articolatore	110,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(71)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa)	80,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(72)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. con faccetta in Resina	120,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(73)	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa titolo 500‰ minimo)	144,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(75)	Corona in ceramica o elemento di ponte in L.N.P e ceramica	130,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(76)	Corona in ceramica o elemento di ponte in L.P. (titolo 500‰ minimo)	150,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(77)	Perno moncone in L.P. (titolo 500‰ minimo)	58,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(79)	Corona provvisoria in resina	17,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(80)	Corona provvisoria rinforzata	21,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(83)	Faccetta in ceramica	130,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(84)	Intarsio in L.P. (titolo 500‰ minimo) o ceramica	120,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(85)	Corona a giacca in ceramica	140,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(86)	Scheletrato superiore o inferiore	120,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(87)	Per ogni elemento in più (fino ad un massimo di 10 denti)	17,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(89)	Protesi totale in resina (per arcata)	240,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(90)	Protesi totale in resina (per arcata, con armatura scheletrata)	350,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(91)	Protesi mobile parziale in resina	50,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

TOTALE, PROVVISORIO, FORNITURA: € _____

TOTALE, DEFINITIVO, FORNITURA: € _____