

Timbro e firma del medico

VIA FANTI N. 17 - 10128 TORINO

Scheda prestazioni odontoiatriche

DIRIGENTE SIG. _____ DITTA _____

FAMILIARE SIG. _____

ISTRUZIONI SUL RETRO

Dettaglio delle prestazioni (1)

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____
- f. _____
- g. _____
- h. _____
- i. _____
- m. _____
- n. _____
- o. _____
- p. _____

| Ds | | superiore | | | | | | | | | | | | Sn | |
|-----------|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| inferiore | | | | | | | | | | | | | | | |

(1) Si prega di riportare sullo schema a lato la lettera corrispondente alla prestazione descritta nel "Dettaglio delle prestazioni".

ISTRUZIONI

La scheda:

- 1) deve essere compilata dal medico dentista;
- 2) deve riportare il dettaglio delle prestazioni e, nell'apposito schema, i denti curati;
- 3) deve essere compilata per ogni ciclo di cure e riferita ad ogni persona;
- 4) deve essere allegata al modulo "Richiesta rimborso" con la relativa parcella comprovante la spesa sostenuta.