CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI ASTI

MODULO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Il sottoscritto _____**Nato** il_____

Residente in _____**Via**_____

CAP_____**Prov.**_____

Si prega di riportare sullo schema la lettera alfabetica corrispondente alla prestazione descritta nella **LEGENDA ODONTOGRAMMA**

Destra								Superiore							Sinistra
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Destra								Inferiore							Sinistra

Legenda odontogramma
O – OTTURAZIONE **R** – RADIOGRAFIA
D – DEVITALIZZAZIONE **W** – CORONA
E – ESTRAZIONE **P** – PROTESI
X – ELEMENTO MANCANTE

Si prega cortesemente di effettuare la ripartizione degli importi tra cure e protesi

IMPORTO TOTALE PER CURE DENTARIE STRETTAMENTE INERENTI ALL'MPIANTO PROTESICO	**€**
IMPORTO TOTALE PER PROTESI DENTARIA O APPARECCHI ORTODONTICI	**€**
IMPORTO TOTALE CURE DENTARIE	**€**
TOTALE IMPORTO SPESO	**€**

N.B. Allegare fotocopia fattura

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Via Borsarelli, 19 – 14100 ASTI –Tel. 0141 53.13.54 – Fax 0141 43.71.88 – Cod.Fisc.: 80002800052
E-mail: ceasti@cassaedile.asti.it Web: http://www.cassaedile.asti.it