Intestazione Studio Odontoiatrico	TIMBRO E FIRMA DEL PROFESSIONISTA:
-----------------------------------	------------------------------------

Con riferimento alla/e fattura/e

- n _____ dd _____
- n _____ dd _____
- n _____ dd _____

si certifica

- che la stessa/le stesse si riferiscono a prestazioni effettuate al/alla paziente _____
- che le prestazioni riguardano (barrare di seguito):
 - cure secondarie
 - cure protesiche mobili o fisse
 - cure ortodontiche rispetto alle quali si certifica che il trattamento ortodontico con apparecchio di tipo _____ (codice: _____) è relativo all' _____ anno di attività iniziato in data _____ e che nel caso di prolungamenti oltre la durata massima definita nelle disposizioni provinciali si allega al presente documento una relazione giustificativa del prolungamento.
- Si dichiara inoltre che la condizione clinica (mal occlusione) riscontrata sul/la paziente sopra citato/a corrisponde **al grado IOTN** _____
- che sono stati rispettati i tempi massimi per la chiusura del piano di cura (conclusione delle prestazioni/cure) previsti dalle disposizioni provinciali, e conteggiati dalla prima visita 89.71 (cure sec. e protesica) effettuata in data _____, pari a:
 - sei mesi per la conservativa, endodonzia e chirurgia;
 - un anno per la protesica;
- che sono stati rispettati i tempi massimi per la chiusura del piano di cura (conclusione delle prestazioni/cure) previsti dalle disposizioni provinciali, e conteggiati dallo studio del caso (solo per ortodonzia) effettuato in data _____, pari a:
 - due anni per ortodonzia.
 - Che le cure ortodontiche hanno avuto dei periodi di sospensione e precisamente dal _____ al _____
 - dal _____ al _____, dal _____ al _____
- Nel caso di prolungamenti oltre a tali termini si allega alla presente specifica relazione sanitaria giustificativa.
- che le stesse prestazioni sono associabili ai seguenti codici tariffario LP 22/2007 e che rispettano i vincoli di ripetibilità previsti dal nomenclatore approvato dalle disposizioni provinciali
 - 1) codice _____ nr, elemento dentario _____ trattato in data _____.(indicare di seguito se arcata superiore totale, inferiore totale o numero degli elementi dentari
 - 2) codice _____ nr elemento dentario _____ trattato in data _____.(indicare di seguito se arcata superiore totale, inferiore totale o numero degli elementi dentari
 - 3) codice _____ nr elemento dentario _____ trattato in data _____.(indicare di seguito se arcata superiore totale, inferiore totale o numero degli elementi dentari
 - 4) codice _____ nr elemento dentario _____ trattato in data _____.(indicare di seguito se arcata superiore totale, inferiore totale o numero degli elementi dentari
 - 5) codice _____ nr elemento dentario _____ trattato in data _____.(indicare di seguito se arcata superiore totale, inferiore totale o numero degli elementi dentari
 - 6) codice _____ nr elemento dentario _____ trattato in data _____.(indicare di seguito se arcata superiore totale, inferiore totale o numero degli elementi dentari
 - 7) **Che le cure si sono concluse in data** _____