

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 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.**



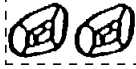
N.B.: Ogni incremento di spesa dovrà essere autorizzato, a mezzo fax, dal medico fiduciario.

PARTE 1-ODONTOIATRIA

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**.

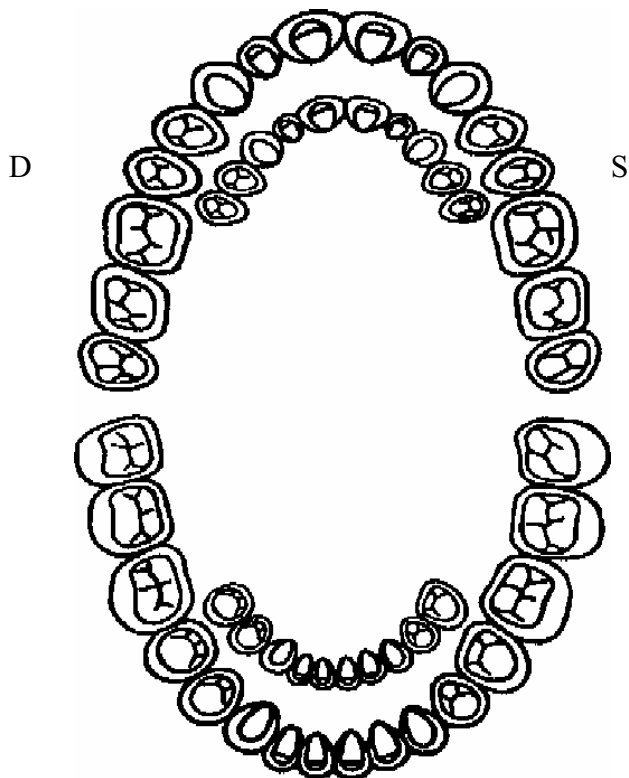
PROTESI

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

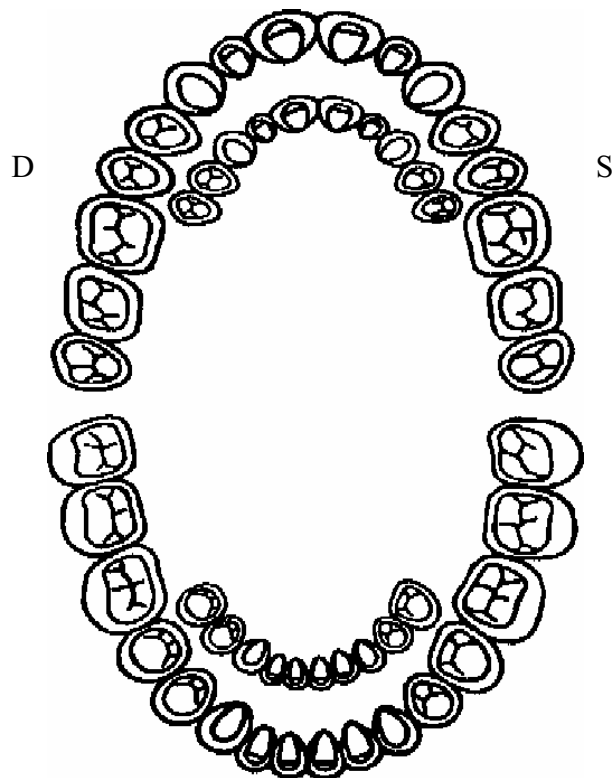
Implantologia, **viene indicata come segue**: ? = RETTANGOLO

CHIRURGIA PARADONTALE

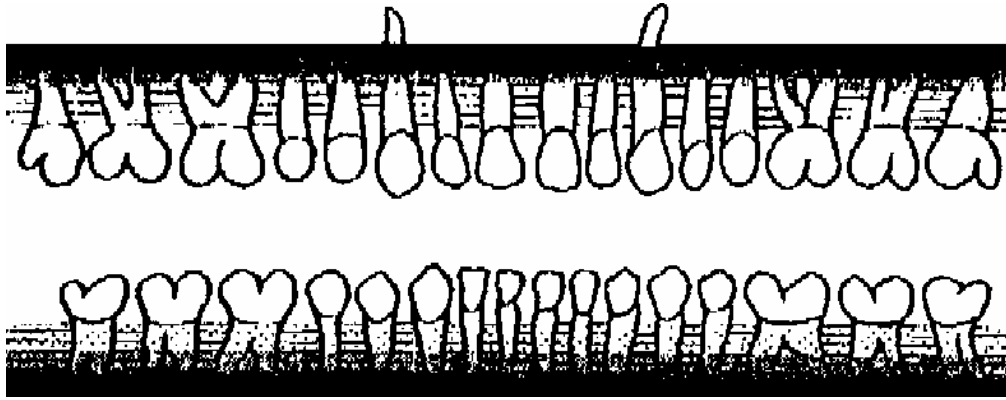
CONSERVATIVA



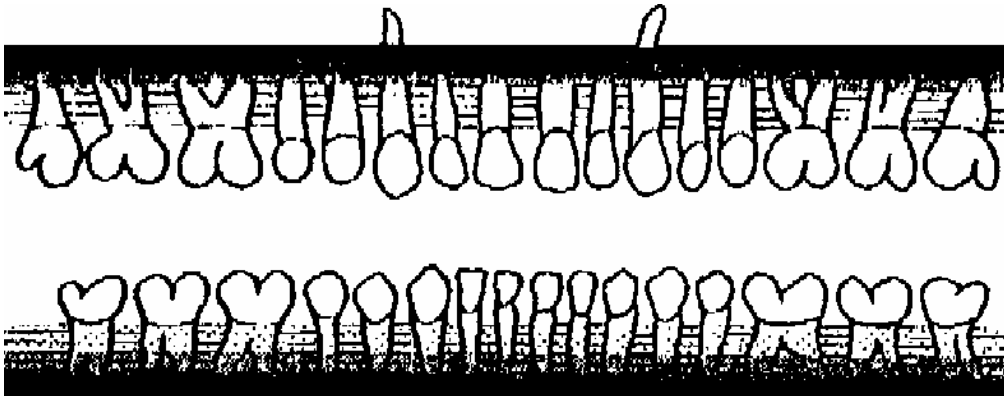
PROTESI - IMPIANTI



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"/> <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"/>
(16) Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)	403,00	<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"/>
(17) Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)	434,00	<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"/>
(18) Lembo libero o peduncolato	258,00	<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"/>

Chirurgia

Limiti di risarcimento per ogni elemento di cura.

(19) Estrazione semplice di dente o radice	31,00	<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"/>
(20) Estrazione complicata di un dente o radice	52,00	<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"/>
(21) Estrazione di un dente o radice in inclusione ossea Parziale	103,00	<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"/>
(22) Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	155,00	<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"/>
(23) Estrazione di terzo molare in disotontiasi	181,00	<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"/>
(24) Estrazione di terzo molare in inclusione totale	259,00	<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"/>
(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"/> <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"/>
(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"/> <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"/>
(33) Anestesia singola (fino ad un massimo di 10 fiale)	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"/> <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"/> <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"/>
(35) Moncone per impianti (abatteman)	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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(36) Rialzo seno mascellare	516,00	<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"/>
(37) Minirialzo seno mascellare	258,00	<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"/>

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"/>
(98) Byte	239,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(99) Maryland bridge	191,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(100) Ganci (L.N.P.)	16,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(101) Ganci (L.P titolo 500‰ minimo)	43,00	<input type="checkbox"/>	
(105) Aggiunta dente a elemento	15,00	<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"/>
(103) Radiografia RX singola	10,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Ortopanoramica	36,00	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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: €