

appunti

N. 28

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASSILT

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70 %
DCB - Roma - Dicembre 2016 - Anno 14 - N. 28



TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT

In vigore dal 1° gennaio 2017



APPUNTI

N. 28/2016

Periodico di informazione dell'ASSILT

Autoriz. n. 107/2003 del 17/03/2003
del Tribunale di Roma

PROPRIETÀ

ASSILT

Sede Sociale Via L. Bellotti Bon, 14
00197 Roma

Direttore Responsabile
Salvatore Carta

REDAZIONE

c/o ASSILT

Via L. Bellotti Bon, 14
00197 Roma

Tel. 06 80211400

Fax 06 80211250

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Mario Cosmelli e Anna Bellacomo

COMITATO DI REDAZIONE

Salvatore Carta, Mario Benedetti

Mario Coppola, Mario Iannaccone,

Massimo Pelliccia, Marco Pini

MAIL DELLA REDAZIONE DI APPUNTI

appunti@assilt.it

GRAFICA

Zona Franca Edizioni Srl

STAMPA

LEADERFORM SpA Sona (VR)

Finito di stampare dicembre 2016

Cari Associati, ho il piacere, come Vice Presidente dell'Associazione, di introdurre questo numero di Appunti dedicato al Testo Unico Normativo ASSILT recentemente approvato.

Vediamo insieme i motivi per cui abbiamo apportato delle modifiche al Testo Unico e quali sono le principali novità in vigore dal 1 gennaio 2017.

Nel corso degli esercizi 2012, 2013 e 2014 l'Associazione ha registrato un significativo deficit di bilancio che ha ridotto il patrimonio accantonato, portandolo al di sotto del livello fisiologico e rendendo necessarie delle manovre correttive.

A sostegno di ASSILT sono intervenute le parti istitutive. Come ricorderete, nell'ottobre del 2014, furono modificate le contribuzioni a carico di associati e aziende aderenti, per fare in modo che fosse garantito un volume di entrate in grado di assicurare la stabilità economica per il futuro.

Contestualmente alla manovra sulle contribuzioni, inoltre, fu realizzata una modifica della normativa sulle prestazioni che, pur nella logica del suo necessario contenimento, ha salvaguardato la pronunciata vocazione solidaristica che è alla base dell'azione associativa.

La duplice manovra sulle entrate e sulle uscite ha consentito di recuperare il deficit di bilancio già nell'esercizio 2015, chiuso in attivo, così come in attivo prevediamo sarà il bilancio del 2016. Il risultato sarà quello di riportare le riserve associative ad un livello di normalità.

Il Testo Unico Normativo ASSILT 2017, quindi, seppur ispirato ad una doverosa prudenza che tiene conto di un possibile futuro in cui le contribuzioni potrebbero essere in diminuzione a causa del turn over gestionale di TIM e delle altre aziende associate,

ha rivisto in aumento alcune delle voci di rimborso che erano state oggetto di contenimento nella manovre del recente passato come i ticket sanitari e gli interventi chirurgici in regime privato.

I rimborsi per i ticket sanitari, infatti, aumentano dall'80 all'85% della spesa sostenuta mentre, rispetto agli interventi chirurgici in regime privato (previa autorizzazione della Linea Sanitaria), sono stati innalzate le percentuali ed i massimali di contributo erogabile, al contempo precludendo la possibilità di ricorrere alle erogazioni straordinarie.

Le modifiche effettuate sulla parte normativa sono state inoltre improntate ad una logica di maggiore chiarezza delle norme per fugare, nei limiti del possibile, dubbi applicativi e interpretativi, nonché alla semplificazione delle procedure.

Lo scopo è quello di avere un Testo Unico di facile consultazione da parte dei soci che consenta di evitare al massimo i motivi di rifiuto delle pratiche di rimborso.

La normativa è stata aggiornata in considerazione, da un lato, della evoluzione legislativa di questi anni, come la Legge Fornero e la più recente sulle Unioni Civili e, dall'altro, in logica di chiarezza e di trasparenza, inserendo nel Testo la misura delle contribuzioni a carico delle Aziende e dei soci.

L'ultima azione di aggiornamento del Testo Unico è con riferimento al tema dei controlli (da quelli di conformità della documentazione delle pratiche di rimborso, a quelli sui redditi dei beneficiari maggiorenni a quelli sanitari, odontoiatrici o di altra natura), a tutela e a garanzia di tutti i soci e del patrimonio dell'Associazione per fare in modo che le risorse siano destinate a chi ne ha davvero diritto.

Con riferimento a questo ultimo aspetto abbiamo riordinato l'impianto sanzionatorio e introdotto la previsione della denuncia all'autorità giudiziaria, qualora ne ricorrano le circostanze, dei comportamenti anomali che abbiano dato motivo di esclusione del socio dall'Associazione.

Infine, la rivista all'interno contiene una mini guida per l'accesso all'area riservata del nostro portale www.assilt.it per garantire sia ai soci pensionati che ai soci lavoratori delle altre aziende esterne al Gruppo Telecom Italia un livello ancora maggiore di sicurezza dei propri dati.

Grazie per l'attenzione e buona lettura

Mario Iannaccone
Vice Presidente

PASSWORD SICURA

Cari Colleghi, la novità che stiamo per illustrarvi riguarda i soci pensionati e i soci delle aziende associate esterne al Gruppo Telecom Italia. Come sapete, l'accesso al mondo ASSILT avviene attraverso due distinti canali: Portale ASSILT e Risponditore automatico IVR (Numero Verde). Attualmente i pensionati e i dipendenti delle aziende associate esterne al Gruppo, utilizzano un'unica User (matricola ASSILT) e un'unica password comune ai due diversi canali di accesso. La password è composta di 6 caratteri numerici.

Anche se molti utenti tendono a sottovalutare l'importanza di una password 'sicura' perché pensano che avere una password complessa e/o diversa da quelle normalmente scelte sia una cosa faticosa, in realtà scegliere una password 'difficile' è fondamentale, essendo la chiave di accesso ai nostri dati personali.

E' necessario dunque essere molto attenti alla custodia dei dati e aggiornare costantemente le cautele per la loro tutela.

Pertanto, ASSILT ha deciso che dal prossimo marzo 2017, per accedere al sistema in sicurezza e secondo le policy previste, i soci pensionati così come i soci dipendenti delle aziende esterne al Gruppo Telecom Italia avranno una password da utilizzare per l'accesso all'area personale del portale www.assilt.it distinta da quella utilizzata per l'accesso telefonico IVR (che rimane la stessa utilizzata fino ad ora).

Anche la username (usercode) rimarrà la medesima (matricola ASSILT).

Come devono comportarsi concretamente questi soci dal 1 marzo 2017 per accedere alla propria area personale del Portale?

- 1) Inserire nel campo usercode la propria matricola ASSILT
- 2) Inserire nel campo password il proprio Codice Fiscale (maiuscolo) e cliccare Enter
- 3) Generare la nuova password secondo le indicazioni scritte a lato nello spazio "help".

Quest'ultima manovra (reset password) si dovrà effettuare ogni qualvolta si voglia modificare la password e comunque alla sua scadenza che è di sei mesi.

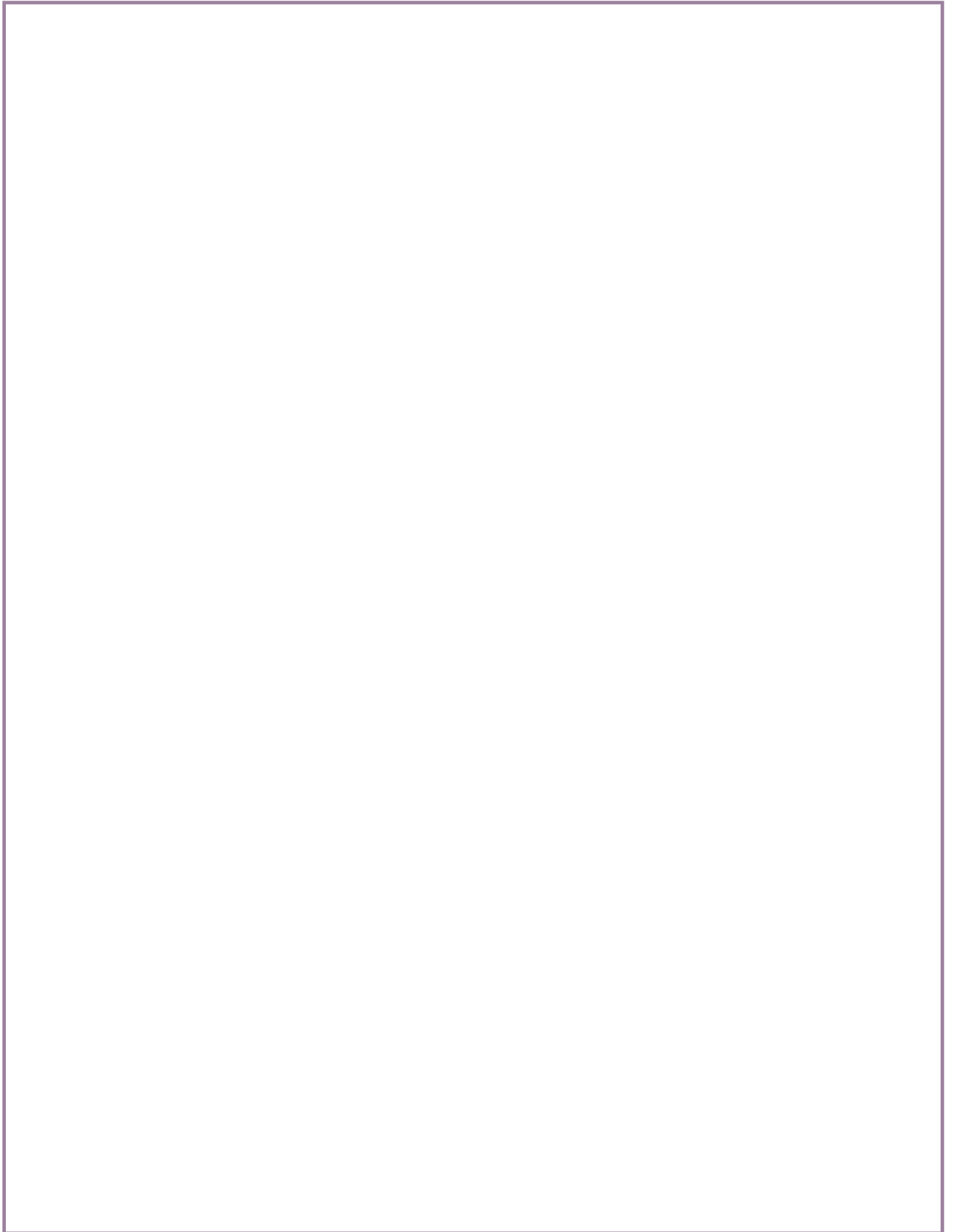
In caso di smarrimento della password è sempre possibile chiamare gli operatori del Contact Center ASSILT al Numero Verde 800 462 462 per ricevere assistenza.

Al primo accesso viene richiesto il cambio password obbligatorio o dopo la richiesta di un reset password.

Per modificare la password è necessario fornire identificativo e Password attuali e ripetere due volte la nuova password per conferma.

La nuova password deve rispettare le seguenti semplici regole:

- **deve essere lunga almeno 8 caratteri**
- **deve contenere almeno 1 carattere alfabetico**
- **deve contenere almeno 1 carattere numerico**
- **deve contenere almeno 1 carattere speciale compreso tra i seguenti .(punto) ;(punto e virgola)\$! @ -(meno) Non sono ammessi altri caratteri**
- **non deve contenere più di 2 caratteri consecutivi uguali**
- **non deve contenere spazi**
- **non deve contenere ls Userid**
- **non può essere cambiata più di una volta nell'arco delle 24 ore**
- **non deve essere uguale ad una delle ultime quattro utilizzate**



Riportiamo l'elenco corretto degli Sportelli Sanitari Assilt

Regione	Città	Indirizzo	Giorno	Orario
LAZIO	Roma	Via del Pellegrino 159 - Piano Terra	Giovedì	09:30/12:30
LOMBARDIA	Milano	Piazza Einaudi 8	Mercoledì	09:30/12:30
CAMPANIA	Napoli	Centro Direzionale – Isola F6	Martedì	14:00/16:00
SICILIA	Palermo	Via A.Lincoln215 - Stanza 624	Lunedì	09:00/12:00
PIEMONTE	Torino	Via Tripoli 94 - Piano Terra	Giovedì	14:00/16:00
VALLE D'AOSTA	Aosta	Corso XXVI Febbraio 34	3° Mercoledì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	11:00/13:00
VENETO	Mestre	Via Meucci 5	Giovedì	09:00/11:30
EMILIA ROMAGNA	Bologna	Via Oberdan 20 - PianoTerra	Martedì	09:30/12:00
PUGLIA	Bari	P.le Mater Ecclesiae 5	Lunedì	14:00/16:00
BASILICATA	Potenza	Via Nazario Sauro	1° giovedì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	11:00/13:00
MOLISE	Campobasso	Via Conte Rosso 20 (sala formazione)	2° giovedì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	11:00/13:00
TOSCANA	Firenze	Viale Guidoni 42	Giovedì	10:00/13:00
CALABRIA	Catanzaro	Località Guidacciari Fraz. Sarrotino-Tarriolo Piano Terra	Martedì	09:00/13:00
LIGURIA	Genova	Via Manuzio 13 - 7° Piano	Mercoledì	09:00/12:30
MARCHE	Ancona	Via G. Miglioli 11	Giovedì	09:30/12:30
UMBRIA	Perugia	Via Ponte d'Oddi Ingresso principale Piano Terra	1° mercoledì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	10:30/12:30
SARDEGNA	Cagliari	Via Is Mirrionis 106/A	Mercoledì	14:30/17:30
ABRUZZO	Pescara	Via Bardet 47 - 4° piano	Mercoledì	09:00/12:00
FRIULI VENEZIAGIULIA	Trieste	Via Pascoli 9 - 4° Piano	Martedì	09:00/12:30
TRENTINO ALTO ADIGE	Bolzano	Via Resia 188 - Piano Terra	2° venerdì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	09:00/12:30

INDICE

PARTE I - ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE		12
Art. 1	Oggetto del Testo Unico Normativo	12
Art. 2	Destinatari, Soci e Beneficiari - Adesioni - Contribuzione	12
	Punto 1. Destinatari, Soci e Beneficiari	12
	Punto 2. Adesione	13
	Punto 3. Contribuzione	14
Art. 3	Diritto alle prestazioni - Verifiche sanitarie, amministrative e sanzioni - Cessazione - Recesso e Reiscrizione	14
	Punto 1. Diritto alle prestazioni	14
	a. Soci Lavoratori Ordinari e Aggiunti	14
	b. Soci Pensionati Ordinari e Aggiunti	14
	c. Beneficiari	15
	d. Sospensione cautelativa del rapporto associativo	15
	Punto 2. Verifiche sanitarie	15
	Punto 3. Verifiche amministrative	16
	a. Indebite iscrizioni all'Associazione	16
	b. Falsificazioni od alterazioni di documenti sanitari e/o di spesa	16
	c. Altri casi	16
	Punto 4. Cessazione del rapporto associativo	17
	Punto 5. Casi particolari	17
	Punto 6. Recesso, Reiscrizione e Tardiva iscrizione	17
	a. Recesso	17
	b. Reiscrizione	17
	c. Tardiva Iscrizione	18
PARTE II - PRESTAZIONI SANITARIE		19
Art. 4	Norme generali	19
Art. 5	Contributo alla spesa sanitaria	19
Art. 6	Temporizzazioni e massimale di importo erogabile	20
Art. 7	Documentazione sanitaria e fiscale	21
Art. 8	Trasmissione delle richieste di contributo	22
Art. 9	Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale	22
Art. 10	Prestazioni sanitarie	23
	Punto 1. Cure Odontoiatriche e Ortodontiche	23
	- Norme generali, Anticipi e Prestiti	23
	- Temporizzazioni e chiarimenti	24
	a. Visite specialistiche e predisposizione piano di cura	24
	b. Trattamenti conservativi/endodontici	24
	c. Igiene orale, Parodontologia e trattamenti	25
	d. Denti soprannumerari	26
	e. Protesi e implantologia	26
	f. Interventi di chirurgia implantologica e di piccola chirurgia	26
	g. Ortognatodonzia	27

h. Cure ortodontiche e odontoiatriche eseguite in ambito pubblico	28
Punto 2. Occhiali e lenti a contatto	28
a. Occhiali	28
b. Lenti a contatto	30
Punto 3. Protesi e Presidi sanitari	31
a. Calzature ortopediche su misura	31
b. Contenitori elastici speciali	32
c. Presidi sanitari	32
d. Apparecchi ortopedici	33
e. Apparecchio acustico e ricevitore per impianto cocleare	33
f. Presidi per la deambulazione	33
g. Parrucche	33
h. Presidi anti acaro	34
Punto 4. Prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici	34
Punto 5. Esami di laboratorio	42
a. Esami di laboratorio	42
b. Esami genetici o molecolari	43
Punto 6. Farmaci	44
a. Prontuario Farmaceutico Integrativo ASSILT	44
b. Farmaci non autorizzati alla vendita in Italia	44
c. Farmaci e cure omeopatiche	44
d. Estratti desensibilizzanti	45
Punto 7. Ticket sanitari	45
a. Norma generale	45
b. Fecondazione assistita con pagamento di "ticket sanitario"	46
Punto 8. Terapia iniettiva e altre terapie	46
a. Iniezioni o infiltrazioni di sostanze terapeutiche anti-infiammatorie nelle articolazioni	46
b. Iniezione o infiltrazione peridurale, perinervosa, di anestetico, di agenti neurolitici, di steroidi, iniezioni intrarticolari di ossigeno/ozono	47
c. Iniezioni endoarteriose, periarteriose, sottocongiuntivali	47
d. Iniezioni endovenose, intramuscolari, sottocutanee, fleboclisi ambulatoriali o domiciliari	47
e. Altre terapie - Agopuntura	47
Punto 9. Visite specialistiche	48
Punto 10. Fecondazione assistita	50
Punto 11. Terapie fisiche	50
a. Fisioterapia	50
b. Tecar terapia	52
c. Terapie a scopo antalgico	52
Punto 15. Ostetricia	53
a. Norme generali	53
b. Parto naturale e parto cesareo	54
Punto 16. Franchigia	55
Punto 17. Logopedia, Training del linguaggio, terapia mio-funzionale	55

INDICE

Art. 11	Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione della Linea Sanitaria ASSILT	56
	Punto 1. Assistenza sanitaria domiciliare e/o ospedaliera	56
	a. Assistenza sanitaria per specifiche patologie invalidanti	56
	b. Assistenza domiciliare od ospedaliera per eventi morbosi acuti	57
	Punto 2. Ricoveri post-acuti e cronici	58
	a. Ricoveri post-acuti	58
	b. Ricoveri per patologie croniche	58
	c. Ricoveri presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	59
	Punto 3. Prestazioni riabilitative ed assistenza ai portatori di disabilità	59
	a. Assistenza ai portatori di disabilità	59
	b. Psicoterapia ai portatori di disabilità	60
	c. Terapia cognitivo – comportamentale e psicomotricità	60
	d. Strutture di accoglienza	61
	e. Terapie non convenzionali	61
	Punto 4. Visite mediche specialistiche di Alta Consulenza	62
	Punto 5. Visite mediche specialistiche oltre la quarta	63
	Punto 6. Interventi chirurgici di Alta qualifica	63
	Punto 8. Terapie in pazienti oncologici	64
	Punto 9. Psicoterapia	65
	a. Psicoterapia	65
	b. Rieducazione disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi comportamentali	66
	Punto 10. Odontoiatria – Casi di particolare interesse sanitario	66
	a. Gravi patologie oro-dentali	66
	b. Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro	67
	c. Chirurgia maxillo-facciale	67
	d. Trattamenti ortodontici pre-protesi	68
	e. Nuovi periodi di cura ortodontica	68
	Punto 11. Occhiali da vista e lenti a contatto speciali – Casi di particolare interesse sanitario	69
	a. Norme generali	69
	b. Lenti a contatto speciali	69
	Punto 12. Riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco	70
	Punto 13. Alimenti specifici per gravi patologie	71
	a. Prodotti dietetici per specifiche patologie	71
	b. Latte ipoallergenico	71
	c. Prodotti dietetici aproteici	71
	d. Prodotti privi di glutine	72
	Punto 14. Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori	72
	a. Ventilatori respirazione assistita	72
	b. Apparecchi nebulizzatori	73
	Punto 15. Altre terapie riabilitative	73
	a. Fisioterapia	73
	b. Tecar terapia	75
	c. Terapie a scopo antalgico	75

e. Rieducazione neuromotoria domiciliare	76
f. Apparecchio megnetoterapia	76
g. Mobilizzazione passiva delle articolazioni	76
Punto 17. Spese viaggio	77
a. Spese viaggio per tragitti superiori a 100 chilometri	77
b. Spese viaggio per tragitti anche inferiori a 100 chilometri	78
Punto 18. Spese di pernottamento	78
Punto 19. Permanenza di un familiare durante i periodi di ricovero	79
Punto 20. Contributi straordinari per patologie di eccezionale gravità (erogazioni straordinarie)	80
Punto 21. Trasporto in autoambulanza	81
Punto 22. Spese di viaggio e pernottamento per gravi patologie	81
Punto 23. Interventi chirurgici Day Hospital in regime privato	82
Punto 24. Interventi chirurgici generici in regime privato	83
Punto 25. Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato	83
Punto 26. Chirurgia in Oculistica	84
a. Chirurgia refrattiva	84
b. Cataratta	85
c. Cross Linking per cheratocono	85
d. Interventi di chirurgia oculistica - Day Hospital in regime privato	85
e. Interventi chirurgici oculistici - Ricovero in regime privato	86
Punto 28. Ausili per incontinenza	87
Punto 29. Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale	87
Punto 30. Iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni (acido ialuronico e pappa piastrinica)	87
Punto 31. Misuratore glicemico	88

PARTE III - ALTRE NORME **89**

Art. 12	Visite di accertamento	89
Art. 13	Ricerche, indagini conoscitive, interventi di prevenzione e di educazione sanitaria	89
Art. 15	Infortuni e malattie causati da terzi	89
Art. 16	Prestazioni escluse	89
Art. 17	Sanzioni	90
Art. 18	Modifiche e/o integrazioni al Testo Unico Normativo	91
Art. 19	Riesame	91

RACCOLTA DEGLI ARTICOLI E/O PARAGRAFI NON PIÙ ATTIVI **92**

ALLEGATI **95**

Allegato a - Tariffario odontoiatrico	96
Allegato b - Prontuario farmaceutico integrativo ASSILT	103

TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT

(APPROVATO DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 9 NOVEMBRE 2016
E RATIFICATO DALL'ASSEMBLEA DEI RAPPRESENTANTI DEL 23 NOVEMBRE 2016)

DATA DI DECORRENZA 1° GENNAIO 2017

PARTE I – ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE

(modalità, contribuzione, diritto alle prestazioni, verifiche sanitarie e amministrative, cessazione, recesso e reinscrizione)

Articolo 1) Oggetto del Testo Unico Normativo

Il presente Testo Unico Normativo a partire dal 1° luglio 2012 disciplina il funzionamento dell'ASSILT - Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori delle Aziende del Gruppo Telecom Italia - che provvede ad erogare - in attuazione dello Statuto vigente e secondo le norme stabilite sia negli articoli seguenti sia, in termini applicativi, nel Tariffario Generale - prestazioni integrative a quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale (in seguito denominato S.S.N.).

Articolo 2) Destinatari, Soci e Beneficiari - Adesioni - Contribuzione

Punto 1. Destinatari, Soci e Beneficiari

I Destinatari, i Soci e i Beneficiari dell'Associazione sono quelli indicati dagli art. 3 e 4 dello Statuto.

I Destinatari possono iscriversi all'Associazione anche se fruiscono di altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da Associazioni o Fondi.

Possono, inoltre, essere iscritti all'Associazione i seguenti soggetti viventi a carico e appartenenti al nucleo familiare anagrafico del Socio ovvero già appartenenti al nucleo familiare e successivamente ricoverati presso Residenze Sanitarie Assistenziali, non aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da altre Associazioni o Fondi:

- il coniuge;
- i figli od equiparati (*figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati ed affidati, nati da precedente matrimonio del coniuge*) di età inferiore ai 18 anni compiuti; anche se non appartenenti al nucleo familiare anagrafico del socio a causa di separazione o divorzio.
- i figli maggiorenni o equiparati (*figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati ed affidati, nati da precedente matrimonio del coniuge*), fino al compimento del 26° anno di età, nei limiti di reddito stabiliti annualmente, anche se non appartenenti al nucleo familiare anagrafico del Socio;
- i figli maggiorenni o equiparati (*figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati ed affidati, nati da precedente matrimonio del coniuge*), senza limiti di età che si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro, con invalidità al 100% certificata secondo le norme di legge;
- i fratelli, le sorelle ed i nipoti, di età inferiore ai 18 anni compiuti nel caso in cui essi siano orfani di entrambi i genitori e che non abbiano conseguito il diritto a pensione ai superstiti;
- i fratelli, le sorelle ed i nipoti, senza limiti di età qualora si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro, con invalidità al

- 100% certificata secondo le norme di legge, nel caso in cui essi siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto a pensione ai superstiti;
- entrambi i genitori, qualora i redditi complessivamente definiti non superino il doppio del limite annualmente rivalutato dal Consiglio di Amministrazione, con le seguenti eccezioni:
 - a) nel caso di separazione legale o divorzio: uno o entrambi i genitori, verificando il limite di reddito nei confronti di ciascun soggetto;
 - b) in caso di decesso di un genitore: il genitore superstite, qualora il reddito individuale non superi il limite fissato.
 - le persone legate dall'istituto delle unioni civili o convivenza di fatto ex Legge 76/2016;
 - il/la convivente more uxorio. Sono, invece, esclusi in ogni caso i parenti del convivente.

I Beneficiari maggiorenni, ad esclusione dei coniugi e delle persone legate da l'istituto delle unioni civili o convivenza di fatto ex Legge 76/2016, che si iscrivono per la prima volta all'Associazione devono presentare il certificato storico anagrafico attestante la comune residenza di almeno 12 mesi.

Sono considerati viventi a carico, i soggetti appartenenti al nucleo familiare anagrafico del Socio, per i quali sia accertato al momento della prima iscrizione e al 30 giugno di ogni anno per quanti iscritti, un reddito fiscale imponibile complessivo - riferito all'anno precedente - non superiore a quello fissato dal Consiglio di Amministrazione. Tale reddito, escluso quello riconducibile all'abitazione principale, è al lordo degli oneri deducibili.

Il limite di reddito sarà rivalutato annualmente dal Consiglio di Amministrazione entro il 30 giugno di ogni anno, sulla base dell'indice nazionale ISTAT relativo i prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati [F.O.I. (nt) 3.3] relativo al mese di dicembre dell'anno precedente.

Per i Beneficiari che si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro, con invalidità al 100% certificata secondo le norme di legge, il limite reddituale è in misura doppia rispetto a quello fissato annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Al momento della prima iscrizione di un Beneficiario maggiorenne deve essere presentato il certificato reddituale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate. Per le iscrizioni effettuate dal 1 gennaio al 30 giugno il certificato dovrà essere relativo all'anno fiscale precedente meno 1; per le iscrizioni effettuate dal 1 luglio al 31 dicembre il certificato dovrà essere relativo all'anno fiscale precedente.

Al 30 giugno di ogni anno il Socio convalida, se ricorrono le condizioni per i Beneficiari maggiorenni già iscritti nel suo nucleo familiare, i requisiti reddituali pena la cessazione degli stessi.

Al fine della verifica dei requisiti reddituali il socio riconosce ad ASSILT in qualsiasi momento la facoltà di richiedere all'Agenzia delle Entrate o al Socio stesso il certificato della situazione reddituale per i beneficiari maggiorenni iscritti.

La documentazione che convalida il diritto deve pervenire entro 30 giorni dalla data della richiesta stessa.

Punto 2. Adesione

Le modalità di adesione delle Società, dei Destinatari e dei Beneficiari, sono indicate dall'art 5, comma 1, 2 e 3 dello Statuto.

L'adesione è subordinata, altresì, all'accettazione dei principi contenuti nel Codice Etico del welfare.

Punto 3. Contribuzione

La misura della contribuzione all'Associazione a carico dei Soci - Lavoratori, Pensionati e Società - è determinata da appositi accordi tra le parti istitutive.

L'accordo, attualmente vigente, del 13 ottobre 2014 determina che dal 1° gennaio 2015:

- a) la misura del contributo a carico delle Aziende socie è definita nel 1,75% delle retribuzioni imponibili ai fini previdenziali dovute ai lavoratori iscritti all'Associazione;
- b) la misura del contributo a carico dei lavoratori aderenti all'Associazione è determinata nello 0,60% della retribuzione mensile imponibile ai fini previdenziali;
- c) la misura del contributo a carico dei soci pensionati è stabilita nel 1,70% della pensione annua lorda;
- d) la contribuzione di cui ai precedenti punti b) e c) non può essere inferiore a euro 91 annui.

Per i Soci cessati dal servizio, in attuazione di specifici accordi collettivi ex art. 4 L. Fornero, la misura del contributo è stabilita nel 1,70% dell'isopensione.

Tale percentuale viene applicata, sulle pensioni o isopensioni, dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui è stato percepito per intero (*da gennaio a dicembre*) il trattamento di pensione o isopensione.

Fino a quella data il contributo viene determinato dal Consiglio di Amministrazione in via forfettaria in base alle quote medie dovute dai Soci Pensionati ASSILT percettori di pensione.

Articolo 3) Diritto alle prestazioni – Verifiche sanitarie, amministrative e sanzioni - Cessazione - Recesso e Reiscrizione

Punto 1. Diritto alle prestazioni

a) Soci Lavoratori Ordinari e Aggiunti

Il diritto ad usufruire delle prestazioni decorre dal 1° giorno del mese di effettiva contribuzione.

b) Soci Pensionati Ordinari e Aggiunti

Il diritto ad usufruire delle prestazioni decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di effettiva contribuzione.

La documentazione che convalida il diritto è il certificato di pensione che deve essere obbligatoriamente presentato immediatamente dopo la liquidazione del trattamento pensionistico da parte dell'INPS.

I Soci di cui ai punti b) e g) dell'Articolo 3 dello Statuto che siano cessati dal servizio entro il 31/12/2016 in attuazione di specifici accordi collettivi in materia di mobilità ex Legge 223/1991, e che maturino i requisiti di accesso al trattamento pensionistico nei quattro anni successivi alla cessazione, mantengono il diritto ad iscriversi in continuità. Il certificato di pensione deve essere presentato immediatamente dopo la liquidazione del trattamento pensionistico da parte dell'INPS e comunque non oltre il 65° mese dalla cessazione.

I Soci di cui ai punti b) e g) dell'Articolo 3 dello Statuto che siano cessati dal servizio in attuazione di specifici accordi collettivi in applicazione dell'art. 4 della L. 92/2012 (Legge Fornero) mantengono il diritto ad iscriversi in continuità. Il certificato di pensione deve essere presentato immediatamente dopo la liquidazione del trattamento pensionistico da parte dell'INPS.

Qualora la documentazione presentata dal Socio pensionato, su richiesta dell'Associazione, non sia idonea a confermare il diritto, lo stesso Socio pensionato sarà tenuto a rimborsare all'ASSILT le eventuali spese dalla stessa sostenute per il periodo in cui non sussisteva il diritto, con la maggiorazione degli interessi decorrenti dalla data delle erogazioni, nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto.

c) Beneficiari

Il diritto ad usufruire delle prestazioni decorre, di norma, dalla data di presentazione all'ASSILT della domanda da parte del Socio Lavoratore o Pensionato; decorre, invece, dal 1° luglio antecedente la data della domanda per i Beneficiari maggiorenni, già cessati in relazione alle precedenti condizioni reddituali.

La documentazione che convalida il diritto, se richiesta dall'ASSILT, deve pervenire entro 30 giorni dalla data della richiesta.

L'inadempimento comporterà per il Socio la sospensione dei rimborsi.

Comunque il Socio Lavoratore o Pensionato sarà tenuto a rimborsare le eventuali spese sostenute per il periodo in cui non sussisteva il diritto con la maggiorazione degli interessi, decorrente dalla data delle erogazioni, nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto.

In ogni caso il diritto non potrà risultare anteriore alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni da parte del Socio Lavoratore o dal primo giorno del mese successivo a quello di effettiva contribuzione da parte del Socio Pensionato.

I Beneficiari dei Soci Pensionati deceduti, fermo restando il pagamento dell'intera quota annuale, mantengono il diritto alle prestazioni associative fino al 31 dicembre dell'anno del decesso.

d. Sospensione cautelativa del rapporto associativo

A tutela dell'Associazione, nell'ambito delle verifiche di cui ai seguenti Punti 2 e 3, il Consiglio di Amministrazione può deliberare, o prevedere in apposite procedure, la sospensione del diritto alle prestazioni. Detta sospensione non potrà essere superiore a 12 mesi e non interromperà l'obbligo contributivo.

Punto 2. Verifiche sanitarie

L'ASSILT si riserva di disporre verifiche sanitarie anche preliminarmente al rimborso, volte all'accertamento della congruità delle prestazioni richieste dai propri Soci. In tal caso i Soci hanno l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti sanitari di aderire alle relative convocazioni e/o di presentare la documentazione sanitaria integrativa richiesta.

L'impossibilità del fruitore delle prestazioni a presentarsi all'accertamento nel luogo, giorno e orario definito dall'Associazione, oppure a presentare la documentazione richiesta, deve essere motivata per iscritto e opportunamente documentata dal Socio.

ASSILT si riserva la facoltà di accettare o meno tale giustificazione.

Il rifiuto, senza giustificato motivo, da parte dei Soci e dei Beneficiari di sottoporsi a detti accertamenti, ovvero, nell'eventualità che dalle verifiche emergessero a loro carico fatti o comportamenti non conformi con quanto previsto dall'Art.8 dello Statuto il Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Delegato,

delibererà per i Soci Lavoratori e Pensionati (e, conseguentemente, per i relativi familiari beneficiari) le sanzioni previste dal successivo Art. 17 del presente Testo Unico Normativo, senza diritto a ripetere i contributi associativi già versati.

Per motivi di maggiore rilevanza, il Consiglio di Amministrazione proporrà all'Assemblea dei Rappresentanti, per il Socio inadempiente, l'esclusione dal rapporto associativo.

Per i Soci risultati inadempienti, l'ASSILT provvederà, inoltre, all'immediato recupero degli importi erogati, con la maggiorazione degli interessi decorrenti dalla data delle erogazioni, nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto.

Per tali controlli il socio è tenuto a conservare per sette anni i referti diagnostici radiologici e strumentali eventualmente eseguiti durante le cure odontoiatriche/ortognatodontiche.

Punto 3. Verifiche amministrative

L'ASSILT si riserva di disporre verifiche amministrative anche preliminarmente al rimborso.

Nell'eventualità che da tali verifiche venissero rilevate delle irregolarità, il Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Delegato, potrà deliberare per i Soci Lavoratori e Pensionati (e, conseguentemente, per i relativi beneficiari) le sanzioni previste dal successivo Art. 17 del presente Testo Unico Normativo, senza diritto a ripetere i contributi associativi già versati.

Per motivi di maggiore rilevanza, il Consiglio di Amministrazione proporrà all'Assemblea dei Rappresentanti, per il Socio inadempiente, l'esclusione dal rapporto associativo.

In tutti i casi di verifiche amministrative per i Soci risultati inadempienti, l'ASSILT provvederà, inoltre, all'immediato recupero degli importi erogati con la maggiorazione degli interessi decorrenti dalla data delle erogazioni, nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto.

a. Indebite iscrizioni all'Associazione

L'ASSILT si riserva di disporre verifiche atte ad accertare la sussistenza dei requisiti validi per l'iscrizione dei soci e dei Beneficiari.

b. Falsificazioni od alterazioni di documenti sanitari e/o di spesa

L'ASSILT si riserva di disporre verifiche atte a constatare la regolarità formale e/o sostanziale (una o entrambi gli accertamenti) della documentazione sanitaria o di spesa presentata dal Socio.

La documentazione sanitaria e di spesa in originale dovrà essere conservata dal socio per almeno cinque anni. ASSILT si riserva il diritto di richiedere la documentazione in originale anche prima della relativa liquidazione.

c. Altri casi

Nei casi in cui dalle verifiche effettuate emergessero fatti o comportamenti non previsti nei precedenti punti, ma risultanti lesivi degli interessi dell'Associazione o contrastanti con quanto indicato nel Codice Etico, il Consiglio di Amministrazione potrà deliberare per il Socio inadempiente (e, conseguentemente,

per i relativi familiari beneficiari), le sanzioni previste dal successivo Art. 17 del presente Testo Unico Normativo, senza diritto a ripetere i contributi associativi già versati.

Per motivi di maggiore rilevanza il Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Delegato, proporrà all'Assemblea dei Rappresentanti, per il Socio inadempiente, l'esclusione dal rapporto associativo senza diritto per il Socio a ripetere i contributi versati.

Punto 4. Cessazione del rapporto associativo

La cessazione del rapporto associativo per il Socio Lavoratore Ordinario e Aggiunto, per il Socio Pensionato Ordinario e Aggiunto e per le Società, è regolata dalle disposizioni dell'art. 7 dello Statuto.

Le prestazioni in corso di erogazione al momento della cessazione del rapporto associativo, saranno liquidate nei limiti degli impegni già assunti dall'Associazione, escludendo comunque, la possibilità di fruire di anticipazioni.

Punto 5. Casi particolari

In costanza di rapporto di lavoro con le rispettive Aziende e limitatamente alla durata di un anno, per ogni fattispecie in appresso indicata, il diritto alle prestazioni permane sia per i Soci che per i familiari beneficiari, anche in caso di assenza non retribuita, con conseguente sospensione del versamento del contributo associativo, nei casi di malattia, maternità e malattia bambino.

Nei casi di permessi non retribuiti previsti dalla normativa vigente di durata superiore ad un mese e fino ad un massimo di sei mesi, è facoltà degli organismi ASSILT consentire su domanda del Socio Lavoratore la prosecuzione del diritto alle prestazioni sia per il Socio stesso che per i propri familiari beneficiari.

Su domanda del Socio Lavoratore è inoltre ammessa la prosecuzione del diritto alle prestazioni per se e per i propri familiari beneficiari, nel caso di aspettativa non retribuita perché chiamato a funzioni pubbliche elettive o a cariche sindacali.

In tal caso il Socio, sulla base dell'ultima retribuzione percepita, dovrà annualmente versare all'ASSILT l'intera misura della contribuzione, in un'unica soluzione e in via anticipata.

Tale misura, determinata in conformità alle intese in essere tra le parti istitutive al momento della richiesta, è composta dal valore della quota associativa a carico del Socio, da quello a carico della Società dalla quale dipende.

Punto 6. Recesso, Reiscrizione e Tardiva Iscrizione

a. Recesso

Il recesso dall'Associazione, ai sensi dell'art. 7 comma 3 dello Statuto, deve essere comunicato dal Socio per iscritto entro il 30 settembre di ciascun anno ed avrà effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

b. Reiscrizione

Le domande di reiscrizione dovranno essere inoltrate al Consiglio di Amministrazione, unitamente al parere espresso dal Delegato di competenza, ai sensi dell'Art.7 dello Statuto.

La reiscrizione comporterà, comunque, il versamento da parte del Socio Lavoratore o Pensionato di un contributo aggiuntivo (una tantum) determinato, ai sensi dell'art. 7 comma 9 dello Statuto, da parte del Consiglio di Amministrazione.

Per i Soci Lavoratori la "una tantum" sarà pari alla media maggiorata del 75% dei contributi versati dai lavoratori iscritti nel periodo di non adesione del lavoratore richiedente, fino ad un massimo di 5 anni precedenti la richiesta, assumendo quale base di calcolo quanto risultante dall'ultimo Bilancio di Esercizio approvato dall'Assemblea dei Rappresentanti ASSILT. E' prevista la possibilità di rateizzazione del contributo aggiuntivo "una tantum" fino ad un massimo di 84 mensilità con un minimale di euro 15,00 mensile. Il Consiglio di Amministrazione periodicamente revisionerà criteri ed importi.

Per i Soci Pensionati la "una tantum" sarà pari alla media maggiorata del 75% dei contributi versati dai pensionati iscritti nel periodo di non adesione del lavoratore richiedente, fino ad un massimo di 12 mesi precedenti la richiesta, assumendo quale base di calcolo quanto risultante dall'ultimo Bilancio di Esercizio approvato dall'Assemblea dei Rappresentanti ASSILT (per effetto dell'applicazione dell'art.3 comma 4 dello Statuto, il periodo di riferimento non potrà comunque superare i 12 mesi). Il Consiglio di Amministrazione periodicamente revisionerà criteri ed importi.

I Soci Lavoratori e Pensionati che abbiano receduto o che siano stati esclusi o comunque abbiano cessato di appartenere all'ASSILT, non possono recuperare i contributi versati, né hanno alcun diritto sul patrimonio dell'ASSILT stessa.

c. Tardiva Iscrizione

I lavoratori che presentino domanda di adesione all'Associazione successivamente all'acquisizione del diritto dovranno versare un contributo aggiuntivo "una tantum di tardiva iscrizione".

La quota "una tantum di tardiva iscrizione" sarà pari alla media maggiorata del 50% dei contributi versati dai lavoratori iscritti nel periodo di non adesione del lavoratore richiedente, fino ad un massimo di 5 anni precedenti la richiesta, assumendo quale base di calcolo quanto risultante dall'ultimo Bilancio di Esercizio approvato dall'Assemblea dei Rappresentanti ASSILT. E' prevista la possibilità di rateizzazione del contributo aggiuntivo "una tantum di tardiva iscrizione" fino ad un massimo di 84 mensilità con un minimale di euro 15,00 mensile. Il Consiglio di Amministrazione periodicamente revisionerà criteri ed importi.

I pensionati che non hanno pagato la quota in continuità tramite l'ultima busta paga, possono presentare domanda di adesione all'Associazione non oltre il 12 mese dalla cessazione pagando l'intera quota dovuta.

In entrambi i casi il diritto ad usufruire delle prestazione decorre secondo quanto indicato all'Art. 3 punto 1 del presente Testo Unico Normativo.

PARTE II – PRESTAZIONI SANITARIE (modalità di erogazione, contribuzione)

Articolo 4) Norme generali

Le norme stabilite dallo Statuto all'articolo 14 comma 2, lett. b) e dall'art. 15 comma 5, lett. b) sono vincolanti per tutte le strutture operanti per l'Associazione.

In particolare le linee amministrativa e sanitaria sono tenute, ciascuno per la loro competenza e responsabilità, alla corretta attuazione delle previsioni statutarie senza deroga alcuna.

Le prestazioni specialistiche non erogate in ambito pubblico, vengono monitorate dai Delegati d'intesa con la Linea sanitaria di riferimento e annualmente proposte al Consiglio di Amministrazione per eventuali modifiche contributive e/o integrazioni.

Articolo 5) Contributo alla spesa sanitaria

ASSILT indirizza i Soci e fornisce informazioni al fine di assicurare la migliore fruizione delle prestazioni erogate dal S.S.N. ed eroga contributi in forma indiretta secondo le modalità, i limiti e le tariffe previste per ogni prestazione.

ASSILT eroga contributi per le seguenti prestazioni sanitarie:

- **prestazioni sanitarie** per le quali viene riconosciuto il contributo secondo i limiti indicati nei dettagli:
 - cure odontoiatriche ed ortodontiche
 - occhiali e lenti a contatto
 - protesi e presidi sanitari
 - prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici
 - esami di laboratorio
 - farmaci
 - ticket sanitari
 - terapia iniettiva e altre terapie
 - visite specialistiche
 - fecondazione assistita
 - terapie fisiche
 - ostetricia
 - franchigia
 - logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale
- **prestazioni sanitarie per le quali è indispensabile un'autorizzazione** da parte della Linea Sanitaria ASSILT, secondo le indicazioni contenute nei dettagli, al fine del riconoscimento del relativo contributo:
 - assistenza sanitaria domiciliare e/o ospedaliera
 - ricoveri post-acuti e cronici
 - prestazioni riabilitative ed assistenza ai portatori di disabilità
 - visite mediche specialistiche di alta consulenza
 - visite mediche specialistiche oltre la quarta
 - interventi chirurgici di alta qualifica
 - terapie in pazienti oncologici
 - psicoterapia

- odontoiatria, casi di particolare interesse sanitario
- occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario
- riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco
- alimenti specifici per gravi patologie
- ventilatori per respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori
- altre terapie riabilitative
- spese viaggio e pernottamento
- contributi straordinari per patologie di particolare gravità
- trasporto in autoambulanza
- spese di viaggio e pernottamento per gravi patologie
- interventi chirurgici Day Hospital in regime privato
- interventi chirurgici generici in regime privato
- interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato
- chirurgia in oculistica
- ausili per incontinenza
- iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni (acido ialuronico e pappa piastrinica)
- misuratore glicemico

Il contributo erogato dall'ASSILT per ogni prestazione sommato a quello eventualmente riconosciuto dal S.S.N., dalle Regioni, dalle province autonome, dai Fondi Sanitari Integrativi o dalle Assicurazioni non potrà superare la spesa sostenuta dal Socio.

ASSILT riconosce contributi dietro presentazione di documentazione fiscalmente valida (*secondo quanto precisato all'Articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale*), anche emessa da Onlus, Cooperative e Associazioni no profit. Non sono rimborsabili le ricevute per oblazioni, donazioni o offerte.

La possibilità di fruire di anticipazioni e prestiti, secondo le modalità specificate nei successivi articoli, è prevista esclusivamente per i Soci Lavoratori ed i loro familiari beneficiari.

Le richieste di contributo, incluse le richieste di erogazione straordinaria, devono essere trasmesse tempestivamente, in ordine cronologico e non oltre il bimestre successivo all'anno solare nel quale sono state emesse le documentazioni di spesa che comprovano le prestazioni effettuate.

Tale limite potrà essere superato soltanto in casi eccezionali (lungi periodi di ricovero ospedaliero) previa valutazione del Delegato competente e se approvate dal Consiglio di Amministrazione.

Le richieste di contributo restituite al socio in quanto non liquidabili possono essere completate e presentate al service amministrativo entro e non oltre 150 giorni dalla data della lettera di reiezione.

Eventuali correzioni a rettifica di quanto indicato nella documentazione di spesa o nei piani di cura già liquidati potranno essere presentate al service amministrativo entro e non oltre 60 giorni dalla data della fattura.

Sono escluse da tale limite le documentazioni di spesa relative le prestazioni odontoiatriche temporizzate, per le quali dovrà essere presentata, oltre alla certificazione che giustifichi la modifica, un idoneo supporto diagnostico che confermi quanto certificato.

Articolo 6) Temporizzazioni e massimale di importo erogabile

Il rinnovo dei contributi per alcune prestazioni, specificatamente indicato nella presente normativa, è soggetto a *limiti temporali*:

- *Mobile*, nel quale vengono definite le quantità delle prestazioni erogabili in un certo arco di tempo, decorrente convenzionalmente dalla data del documento fiscale, rispetto alle prestazioni precedentemente erogate.
- *Anno solare*, nel quale vengono definite le quantità delle prestazioni erogabili dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Il contributo alla spesa sanitaria viene erogato da ASSILT nei limiti delle percentuali e/o delle tariffe massime previste nei singoli dettagli.

Per alcune tipologie di prestazioni, specificatamente indicato nella presente normativa, è definito un massimale di importo erogabile in un certo arco di tempo.

Articolo 7) Documentazione sanitaria e fiscale

ASSILT riconosce contributi per le prestazioni sanitarie, secondo quanto indicato nella normativa, solo se *prescritte* da medici generici o medici specialisti ed *effettuate* dagli stessi o da professionisti abilitati ad esercitare le professioni sanitarie non mediche ai sensi delle normative di legge vigenti.

Le specifiche specializzazioni e le figure professionali che ASSILT ha scelto di riconoscere, al fine dell'erogazione dei previsti contributi, sono definite per ogni tipologia di prestazione e precisate nei singoli punti del presente testo normativo.

Le prestazioni fruite in ambito pubblico o privato, di norma, devono essere fatturate direttamente dai medici, dai professionisti sanitari abilitati o da strutture sanitarie pubbliche e private in possesso di autorizzazione regionale.

La documentazione fiscale deve essere intestata ad un socio e/o beneficiario, e deve riportare:

- Cognome, nome e codice fiscale (o luogo e data di nascita) del fruitore delle prestazioni;
- tipologia e quantità delle prestazioni eseguite;
- indicazione del costo di ogni singola prestazione (*esempio: costo della visita specialistica distinto dal costo dell'esame diagnostico*);

Per tutte le tipologie di documentazione fiscale è indispensabile che sia indicata la partita IVA o il Codice Fiscale del soggetto emittente.

Non sono erogabili contributi per documentazioni di spesa prive di tale indicazione ad eccezione delle ricevute di spesa relative le spese di viaggio autorizzate dalla Linea Sanitaria e le ricevute di spesa relative le prestazioni per le quali sono erogabili contributi anche se eseguite al di fuori del territorio nazionale (*vedi Articolo 9*).

La documentazione fiscale, inoltre, deve riportare chiaramente:

- o l'indicazione del nome del medico, e relativa specializzazione (*ovvero solo la specializzazione se effettuate presso strutture pubbliche in regime intramoenia*);
- o il nominativo del professionista abilitato, e relativa professione sanitaria non medica;
- o la denominazione della struttura sanitaria (ASL, Ospedali, Strutture accreditate, ecc.);
- la denominazione della struttura sanitaria privata e l'indicazione del medico specialista (*ovvero solo la specializzazione*) o del professionista che ha effettuato la prestazione (ovvero la relativa professione sanitaria non medica); in alternativa, il nominativo del Medico responsabile del personale sanitario che

opera nella struttura sanitaria privata (Direttore tecnico/sanitario) oppure il numero di Autorizzazione regionale.

- la denominazione del rivenditore in caso di acquisti on-line (solo rivenditori presenti sul territorio nazionale e non rivenditori con sede all'Estero pur con Partita IVA valida in Italia).

Nei limiti di quanto indicato per ogni singola prestazione nel presente Testo Unico Normativo sono erogabili contributi anche per acquisti effettuati presso rivenditori autorizzati "on line" per le seguenti prestazioni:

- Lenti a contatto (*sferiche, torica, multifocali, monouso*);
- Contenitori elastici speciali, presidi per la deambulazione, presidi anti-acaro;
- Farmaci omeopatici;
- Alimenti specifici per gravi patologie (*Prodotti dietetici per leucinosi e mucoviscidosi; Latte ipoallergenico; Prodotti dietetici aproteici; Prodotti dietetici privi di glutine*);
- Ventilatori per la respirazione assistita e Apparecchi nebulizzatori.

Non sono, invece, rimborsabili - in nessun caso - le spese di spedizione.

Nei limiti di quanto indicato per ogni singola prestazione nel presente Testo Unico Normativo sono erogabili contributi per gli accertamenti diagnostici eseguiti in regime di ricovero esclusivamente in caso di intervento chirurgico.

Articolo 8) Trasmissione delle richieste di contributo

Le richieste di contributo, di norma, devono essere trasmesse utilizzando la procedura Fax Server, salvo i casi in cui la normativa indichi la valutazione da parte della Linea Sanitaria ASSILT. In questi casi potranno essere seguite diverse modalità di trasmissione della documentazione secondo quanto concordato con la Linea Sanitaria stessa.

Articolo 9) Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale

ASSILT, nei limiti di quanto indicato per ogni singola prestazione nel presente Testo Unico Normativo, nonché in coerenza con quanto previsto dal S.S.N., rimborsa le seguenti prestazioni sanitarie eseguite nell'ambito dell'Unione Europea, in Svizzera, nello Stato della Città del Vaticano, e nei Paesi della ex-Jugoslavia (Stati indipendenti di Croazia, Bosnia Erzegovina, Macedonia, Repubblica di Serbia e di Montenegro):

- visite mediche specialistiche ed eventuali accertamenti eseguiti nell'ambito della visita stessa;
- interventi chirurgici;
- prestazioni odontoiatriche.

Per l'esecuzione di tali prestazioni sanitarie ASSILT non riconosce contributi per le spese di viaggio e pernottamento sostenute dai soci.

ASSILT rimborsa le spese sanitarie sostenute nella Repubblica di San Marino con le stesse modalità applicate al territorio italiano.

ASSILT nei limiti della presente normativa rimborsa tutte le prestazioni sanitarie eseguite all'Estero ai soci dipendenti ivi operanti per conto delle Società associate.

Qualora motivate esigenze di carattere sanitario - preventivamente autorizzate dal Consulente Sanitario Nazionale - indichino la necessità di prestazioni sanitarie presso una struttura di eccellenza estera, ASSILT riconoscerà contributi secondo la propria normativa.

La documentazione sanitaria e di spesa dovrà essere sempre accompagnata da una traduzione in italiano:
- a cura del socio, e da lui sottoscritta, in caso di lingua inglese, francese, tedesco o spagnolo;
- da una traduzione giurata per le altre lingue.

Articolo 10) Prestazioni sanitarie

Le prestazioni erogate dall'ASSILT ad integrazione dell'assistenza prestata dal S.S.N., dalle Regioni o dalle Province autonome (inclusa la Repubblica di San Marino), riguardano:

Punto 1. Cure Odontoiatriche e Ortodontiche

ASSILT eroga un contributo pari al 90% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo erogabile per ogni singola prestazione indicato nel Tariffario odontoiatrico (Allegato A) che è parte integrante del Testo Unico Normativo.

Il limite del massimale di contributi erogabili per ogni socio è fissato a 10.000,00 Euro ogni 18 mesi.

La documentazione di spesa deve essere dettagliata e riportare: la tipologia e la quantità delle prestazioni odontoiatriche, i singoli costi e gli elementi dentali interessati. Tale documentazione deve essere inoltrata al fine della liquidazione del rimborso posticipatamente all'effettuazione delle cure.

In caso di fatturazioni che anticipino l'esecuzione della terapia (acconti), il rimborso dovrà essere presentato solo alla fine della medesima con una fattura a saldo emessa al termine della cura.

Nel caso in cui le prestazioni eseguite fossero elencate in un piano dei lavori, sarà necessario far indicare al medico: "La/e fattura/e n. _____ del _____ è/sono relativa/e alle prestazioni espresse nel piano dei lavori rilasciato il _____".

In caso di realizzazione di un manufatto protesico "corona" o "elemento di ponte in ceramica, in Lega Preziosa e ceramica o titanio e ceramica" è indispensabile allegare alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista curante.

Il certificato di conformità e la documentazione di spesa in originale dovrà essere conservata dal socio per almeno cinque anni.

Per i controlli che potrebbero essere disposti dall'Associazione il Socio è tenuto a conservare per sette anni i referti diagnostici radiologici e strumentali eventualmente eseguiti durante le cure odontoiatriche/ortognatodontiche (Tac, Ortopanoramica, Cone Beam Tac, Tracciato cefalometrico o altro esame).

Anticipi (solo per i Soci Lavoratori e familiari beneficiari)

ASSILT, se richiesto, procederà, secondo i criteri indicati dal Consiglio di Amministrazione, ad erogare un anticipo pari al 50% del contributo previsto qualora lo stesso superi:

Euro 1.500,00 per le cure odontoiatriche,
Euro 600,00 per ogni anno di cura ortodontica,

in tal caso, il Socio dovrà presentare all'ASSILT, al fine della determinazione dell'importo da erogare a titolo di anticipo, un dettagliato preventivo di spesa compilato dal presidio sanitario curante.

Condizioni per la chiusura degli anticipi odontoiatrici:

- *Entro un mese dall'erogazione dell'anticipo* il socio deve presentare la documentazione di spesa relativa l'importo riconosciuto a titolo di anticipo odontoiatrico.
- *Entro 12 mesi dall'erogazione dell'anticipo* il socio deve presentare la documentazione completa a saldo delle cure effettuate.

In difetto di ciò ASSILT è autorizzata a procedere sulle competenze del Socio al recupero integrale degli importi erogati con maggiorazione degli interessi decorrenti dalle date di erogazione nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto e alla sospensione dal rapporto associativo secondo quanto indicato all'articolo 17 - Sanzioni.

Prestiti (solo per i Soci lavoratori e loro familiari beneficiari)

A prestazione effettuata, qualora rimanga a carico del socio Lavoratore un importo superiore a 258,50 su richiesta del Socio l'ASSILT provvederà ad erogare un importo in base a quanto previsto entro i limiti massimi di contributo e con i criteri stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, detratto l'eventuale anticipo di cui sopra e comunque non eccedente la spesa sostenuta.

ASSILT provvederà quindi a recuperare la quota eccedente il contributo a proprio carico, sulle competenze del Socio Lavoratore, come segue:

da Euro 258,50 a Euro 516,50	n. 6 rate con interessi
da Euro 516,51 a Euro 1.033,00	n. 12 rate con interessi
da Euro 1.033,01 a Euro 1.549,50	n. 18 rate con interessi
da Euro 1.549,51 a Euro 2.066,00	n. 24 rate con interessi
da Euro 2.066,01 a Euro 2.582,50	n. 30 rate con interessi
oltre Euro 2.582,51	n. 48 rate con interessi

E' possibile comunque l'estinzione del prestito in n°3 rate senza interessi.

TEMPORIZZAZIONI E CHIARIMENTI

a. Visite specialistiche e predisposizione piano di cura

Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione del piano di cura.

b. Trattamenti conservativi/endodontici

Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi, non sono erogabili per lo stesso elemento contributi per eventuali trattamenti conservativi o endodontici successivi se non trascorsi almeno 5 anni dalla precedente contribuzione.

Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento nuovi contributi per eventuali trattamenti conservativi o endodontici successivi, se non trascorsi almeno 5 anni dalla precedente contribuzione.

Il trattamento canalare si intende comprensivo di tre radiografie di controllo ad esclusione di quella diagnostica.

La prestazione ODCA0001 (V classe) è rimborsabile anche se eseguita sullo stesso elemento dentario sul quale sia già stata eseguita una qualsiasi altra prestazione conservativa, indipendentemente dalla presenza di vincoli di temporizzazione ancora vigenti. Da quel momento per tale prestazione parte la temporizzazione dei 5 anni.

Nel caso in cui il dente sottoposto a terapia endodontica (codici ODEN0001-02-03) sia ricostruito con una Otturazione della cavità di accesso, è possibile riconoscere la contemporanea erogazione di un contributo per le prestazioni di odontoiatria conservativa comprese nei codici ODCN0001 - 2 - 4 - 5.

Nei limiti temporali sopra indicati, la prestazione "Ricostruzione moncone in materiale composito o amalgama" (ODCN0008) è erogabile per la terapia conservativa eseguita successivamente alla terapia endodontica prima di posizionare un manufatto protesico (corone di qualsiasi tipo, onlay, intarsio).

Le prestazioni di "conservativa" non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura e per lo stesso elemento dentale con le seguenti prestazioni: "Ricostruzione moncone in materiale composito e amalgama", "corone" di qualsiasi tipo, "onlay o inlay" (intarsio).

Per i seguenti trattamenti conservativi/endodontici non sono previste erogazioni di contributi oltre il 12° anno di età:

- sigillatura dei solchi per dente (contributo erogabile una sola volta per elementi dentali mai sottoposti ad alcuna terapia conservativa, endodontica o protesica);
- trattamento chimico della ipersensibilità con oligoelementi (per arcata - ogni 18 mesi);
- amputazione coronale della polpa (per elemento dentale - contributo erogabile una sola volta);
- apicizzazione (un unico contributo).

c. Igiene orale, Parodontologia e trattamenti

ASSILT non riconosce contributi per levigatura delle radici, curettage gengivale, legatura dentale, molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati a iscritti di età inferiore ai 16 anni, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (*vedi Art.11 - Punto 10. Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario "Gravi patologie oro-dentali"*).

ASSILT riconosce contributi una sola volta per ogni socio per le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (*vedi Art.11 - Punto 10. Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario "Gravi patologie oro-dentali"*).

Per le prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici e legature dentali, ASSILT non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non trascorsi 12 mesi dalla precedente contribuzione.

Le prestazioni di ablazione tartaro e levigatura delle radici e/o curettage gengivale sono alternative tra loro nello stesso piano di cura.

Le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura.

d. Denti soprannumerari

Sono erogabili contributi per l'estrazione dei denti "soprannumerari" se opportunamente documentati con certificato del dentista curante.

e. Protesi ed implantologia

In caso di erogazione di un contributo per la ricostruzione o sostituzione di un elemento dentale, sia in protesi fissa che rimovibile, devono trascorrere almeno 7 anni dal precedente trattamento protesico per l'erogazione di un nuovo contributo per intervento protesico sullo stesso dente.

Il limite dei 7 anni non sarà considerato nei casi di erogazioni riferite a riparazioni o ribasamenti della protesi totale e/o riparazione della copertura in resina/composito/ceramica.

ASSILT non riconosce contributi in caso di perdita di un elemento o di tipo impianto osteointegrato tranne particolari casi da sottoporre alla Linea Sanitaria ASSILT - edentulia o perdita di elementi naturale pilastro - (*Articolo 11 - Punto 10 "Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario*).

Il contributo per la "Protesi fissa di ricostruzione dell'arcata edentula su impianti osteointegrati" è erogabile per ogni arcata una sola volta nella vita associativa.

In caso di realizzazione di un manufatto protesico "corona o elemento di ponte in ceramica, in Lega Preziosa e ceramica o titanio e ceramica" è indispensabile allegare alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista curante.

Sono erogabili contributi per la "protesi scheletrata" (ODSH0001 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6) distinti da quelli previsti per gli "elementi in resina" (ODPR0064).

Nella documentazione di spesa dovranno, pertanto, essere indicati separatamente il costo della struttura ed il costo degli elementi.

Se dalla documentazione di spesa non si evince il costo della struttura (protesi mobile parziale provvisoria o fissa, protesi scheletrata o Maryland Bridge) distinto da quello degli elementi dentali, sarà riconosciuto un contributo minore (*vedi Allegato A - Tariffario odontoiatrico*), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate. E' comunque indispensabile specificare gli elementi dentali interessati.

Sono erogabili contributi per gli "attacchi" e per i "ganci" solo nel caso in cui vengano realizzati manufatti protesici tipo protesi parziale o protesi scheletrata.

Sono erogabili contributi per massimo 2 impianti per emiarcata in caso di protesi totale mobile su arcata edentula.

Sono erogabili contributi per massimo 3 impianti per emiarcata in caso di protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula.

f. Interventi di chirurgia implantologica e di piccola chirurgia

ASSILT prevede un contributo erogabile "una sola volta nella vita associativa per emiarcata" per gli interventi di piccolo rialzo e grande rialzo del seno mascellare e per gli interventi di distrazione osteo-alveolare mandibolare, sulla base di quanto indicato dal proprio Tariffario Generale.

Nuovi contributi per “altri interventi di chirurgia implantologica”, potranno essere corrisposti trascorsi almeno 7 anni dall'ultimo contributo erogato.

Gli interventi di “piccolo rialzo” e “grande rialzo” del seno mascellare sono alternativi tra loro nello stesso piano di cura e per la stessa emiarcata.

Il contributo per la “Distrazione osteo-alveolare” è erogabile ad emiarcata e per la sola arcata inferiore.

Nello stesso piano di cura sono concedibili contributi per entrambe le emiarcate inferiori previo parere Consulente Nazionale Odontoiatrico che valuterà la presenza di “edentulia bilaterale posteriore” opportunamente documentata da un supporto diagnostico (radiografica ortopantomica) e da una dettagliata dichiarazione del dentista curante.

Per l'intervento di rimozione di cisti mascellare/mandibolare è indispensabile allegare, alla documentazione di spesa, la copia del referto dell'esame istologico.

g. Ortognatodonzia

Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione dei piani di cura.

ASSILT eroga per la terapia ortognatodontica contributi per un periodo non superiore a tre anni di cura attiva e per entrambi le arcate. I contributi potranno essere concessi “una tantum” (una sola volta nella vita associativa) con le modalità più sotto indicate.

Le prestazioni eseguite in regime privato durante le diverse fasi del trattamento ortodontico (*prestazioni di diagnostica, apparecchio intercettivo, ogni anno di terapia attiva e contenzione*) devono essere fatturate “separatamente” in quanto il contributo può essere richiesto soltanto dopo aver eseguito la prestazione o la cura stessa.

Se il socio è in possesso di fatture che si riferiscono a più periodi di cura, potranno essere erogati contributi soltanto nel caso in cui il medico certifichi l'inizio e la fine di ogni singolo periodo di cura, a conferma che le terapie sono state effettivamente eseguite.

Modalità di concessione dei contributi

Nel periodo che precede l'inizio del trattamento ortodontico attivo sono erogabili contributi per:

- un “check up ortodontico” (modelli di studio, ortopantomica, teleradiografia, fotografie, ecc.);
- un trattamento di tipo “preventivo-intercettivo”; tale contributo è distinto da quello previsto per la terapia attiva e non potrà, pertanto, essere fatturato insieme ad altri periodi di trattamento ortodontico attivo.

Inizio del trattamento ortodontico attivo e successivi anni di cura:

- la documentazione di spesa (acconto e saldo) deve essere inoltrata al fine della liquidazione del rimborso in modo distinto per ogni anno di cura e posticipatamente all'effettuazione della cura;
- la documentazione di spesa a saldo del “primo” anno di cura ortodontica attiva dovrà essere datata a terapia già effettuata; nella documentazione di spesa a saldo, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del primo anno di cura attiva (almeno 12 mesi dall'inizio della terapia ortodontica);

- la documentazione di spesa a saldo del “secondo” e “terzo” anno di cura potranno essere datate con un anticipo massimo di 60 giorni rispetto alla data della fattura dell’anno precedente; nella documentazione di spesa a saldo del “secondo” e del “terzo” anno, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del secondo, del terzo anno o dell’ultimo semestre di cura attiva;
- ASSILT non riconosce contributi per semestri di cura tranne a fine della terapia attiva nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine del semestre di cura attiva;
- per la contenzione è previsto un contributo (per entrambi le arcate) “una tantum” (una sola volta nella vita associativa) nell’intero periodo di cura, erogabile anche durante la terapia attiva o successivamente alla terapia preventiva intercettiva.

Si intendono esclusi dalle fasi di terapia attiva e di conseguenza da qualsiasi forma di rimborso, i periodi di attesa della permuta dentale.

Per le richieste di contributo relative alla correzione di una anomalie di 2^a e 3^a classe, é necessario allegare alla documentazione di spesa relativa il primo anno di cura, copia del tracciato ed analisi cefalometrica.

Per la 2^a e 3^a classe in assenza della copia del tracciato e dell’analisi cefalometrica sarà riconosciuto un contributo minore (*vedi Allegato A - Tariffario odontoiatrico*), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui venissero presentati i documenti richiesti. Si eroga solo il contributo relativo alla 1^a classe.

ASSILT non riconosce nuovi contributi per cicli di terapia attiva tranne particolari casi da sottoporre alla Linea Sanitaria ASSILT (*Articolo 11 - Punto 10 “Odontoiatria – Casi di particolare interesse sanitario*).

h. Cure ortodontiche e odontoiatriche eseguite in ambito pubblico

- Per le *terapie ortodontiche* eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie.
- Per le *cure odontoiatriche* eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie.

Il socio dovrà dichiarare (possibilmente la struttura stessa) che sta eseguendo le terapie fatturate indicando la data presunta di fine cura. Trascorsi 18 mesi dalla data della fattura, ASSILT considererà conclusi i lavori e potrà disporre i relativi accertamenti odontoiatrici.

Nel caso in cui le cure non venissero completamente eseguite il socio è tenuto ad informare tempestivamente l’Associazione ed a restituire i contributi eccedenti.

Punto 2. Occhiali e lenti a contatto

a. Occhiali da vista

ASSILT riconosce un contributo pari all’80% della spesa sostenuta, entro un limite massimo definito nell’elenco delle prestazioni, per gli occhiali volti a correggere un difetto visivo. Non eroga, invece, contributi per l’acquisto di lenti non graduate a meno che queste ultime non servano a completare una protesi.

Per ottenere il contributo il socio dovrà presentare la seguente documentazione:

- *prescrizione del medico oculista* con l'indicazione del difetto visivo (indispensabile per tutte le tipologie di lenti);
- *documentazione di spesa* (scontrino fiscale o fattura) rilasciata dall'ottico con l'indicazione del tipo di protesi acquistata: lenti da vicino, da lontano (con o senza correzione prismatica), prismatiche, al lantano, al titanio, bifocali, multifocali/progressive e per afachici.

In alternativa è indispensabile:

1. che nella documentazione di spesa sia precisato dall'ottico che sono state acquistate lenti da vista (vicino, office, lontano, bifocali, multifocali) e il materiale nel caso di lenti al lantano o titanio, come da prescrizione medica allegata;

oppure

2. che sia allegato alla documentazione di spesa il “certificato di conformità”, debitamente compilato, a garanzia che gli occhiali sono stati confezionati nel rispetto della prescrizione del medico oculista.

Nel caso di acquisto di più di un paio di occhiali da vista deve essere precisato a quale tipologia si riferisce il certificato di conformità (occhiali da vicino, office, lontano, bifocali, multifocali). Deve essere precisato, invece, il materiale nel caso di acquisto di lenti al lantano o titanio.

Nel caso in cui il socio presenti oltre alla fattura anche uno o più scontrini fiscali, al fine della liquidazione del relativo contributo e della temporizzazione, sarà presa in considerazione la data dell'ultima ricevuta di spesa emessa dall'Ottico.

In caso di acquisti presso i punti vendita presenti nei centri commerciali o ipermercati con una documentazione di spesa rilasciata dal negozio e non dall'ottico, ferme restando le indicazioni normative di cui sopra, è indispensabile allegare, alla ricevuta di spesa, il certificato di conformità da cui si evince che sono stati acquistati occhiali da vista.

E' essenziale che il documento fiscale o il certificato di conformità riporti il timbro dell'ottico che opera per il punto vendita.

Limiti normativi e Temporizzazione:

I contributi per le lenti al lantano o titanio sono erogabili soltanto se il valore della lente prescritta dall'oculista supera +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro.

I contributi per le lenti per afachici sono erogabili se dalla prescrizione medica si evince la patologia.

I contributi per gli occhiali con lenti *office* è alternativo agli occhiali con lenti per vicino.

ASSILT non riconosce contributi per lenti colorate non graduate e per variazione visive o caratteristica della protesi prima dei limiti temporali previsti.

Il rinnovo dei contributi avverrà secondo i seguenti limiti temporali:

1. fino al compimento degli 8 anni, ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*);

2. dagli 8 anni fino al compimento dei 21 anni, ogni 18 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*);
3. dai 21 anni, ogni 36 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

In questo arco di tempo potranno essere riconosciuti contributi nel seguente modo:

- un paio di occhiali con lenti bifocali, multifocali/progressive;

o, in alternativa

- un paio di occhiali con correzione da vicino;
- un paio di occhiali con correzione da lontano.

Trascorsi i limiti temporali sopra riportati, per corrispondere nuovi contributi è indispensabile allegare alla documentazione di spesa una nuova prescrizione del medico oculista.

Ai soci affetti da patologie oculari sottoposti ad intervento chirurgico (cataratta, cheratoplastica, distacco di retina) o a seguito di un trauma, con variazioni della correzione visiva che necessitano di nuovi occhiali da vista prima dei limiti temporali previsti, potranno essere riconosciuti ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria (*vedi articolo 11 - Punto 11. Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario*).

Contributi previsti (incluso il costo della montatura ed eventuale lente neutra che completa la protesi):

Tariffario occhiali da vista

Monofocali

Montatura e lenti per lontano o a permanenza. Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di Euro 175,00

Montatura e lenti per vicino/office. Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di Euro 175,00

Montatura e lenti al titanio (per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro). Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di Euro 180,00

Montatura e lenti al lantanio (per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro). Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di Euro 350,00

Bifocali - Multifocali/progressive

Montatura e lenti bifocali, multifocali o progressive. Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di Euro 350,00

Lenti per afachici

Montatura e lenti per afachici. Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di Euro 350,00

b. Lenti a contatto (sferiche, toriche, multifocali, monouso)

ASSILT riconosce un contributo per le lenti a contatto (sferiche, toriche, multifocali, monouso) volte a correggere un difetto visivo certificato dal medico oculista.

Il contributo - per entrambi gli occhi - è pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 340,00 ogni 36 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

ASSILT non eroga contributi per l'acquisto di lenti colorate.

Per ottenere il contributo il socio dovrà presentare la seguente documentazione:

- *prescrizione del medico oculista* con l'indicazione della correzione visiva;
- *documentazione di spesa* rilasciata dall'ottico o del rivenditore autorizzato per gli acquisti on-line (secondo quanto precisato all'Articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale), con l'indicazione del tipo di lente correttiva acquistata oppure lenti a contatto come da prescrizione medica allegata;
- *copia della confezione delle lenti a contatto* da cui evincere la data di scadenza e il numero del lotto.

Per i controlli che potrebbero essere disposti dall'Associazione il Socio è tenuto a conservare tale documentazione in originale per almeno 5 anni.

Il rinnovo dei contributi per tutte le tipologie di lenti a contatto avverrà ogni 36 mesi senza distinzione di età.

In questo arco di tempo potranno essere riconosciuti contributi per le lenti a contatto graduate di qualsiasi tipologia (sferiche, toriche, multifocali, monouso).

In caso di particolari patologie oculari, opportunamente documentate, potranno essere riconosciuti contributi per le lenti a contatto speciali (cheratocono o ocluserie), previa autorizzazione della Linea Sanitaria ASSILT (vedi articolo 11 - Punto 11. Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario).

Trascorso il limite temporale soprariportato, per corrispondere nuovi contributi è indispensabile allegare alla documentazione di spesa una nuova prescrizione del medico oculista.

Tariffario lenti a contatto

Lenti a contatto (sferiche, toriche, multifocali, monouso). Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 340,00 per entrambi gli occhi (ogni 36 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Punto 3. Protesi e presidi sanitari

ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta nei limiti temporali e di quantità definiti per ogni tipologia di protesi e presidi, se prescritti da specifico medico specialista.

Le protesi ortopediche e i presidi sanitari devono essere confezionati da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, venduti in negozi di articoli sanitari ed ortopedici o da rivenditori autorizzati per gli acquisti on – line (secondo quanto precisato all'Articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale).

La prescrizione del medico specialista deve essere allegata ad ogni richiesta di rimborso e deve essere rinnovata ogni anno (12 mesi). La stessa prescrizione, di norma, non può essere utilizzata per più di due richieste di contributo.

a. Calzature ortopediche su misura (calzature, plantari, rialzi, accessori)

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in ortopedia, fisiatria, neurochirurgia o endocrinologia (per i soci affetti da piede diabetico).

Si intendono “calzature ortopediche” quei presidi confezionati su misura da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

I plantari e rialzi su misura possono essere realizzati e fatturati anche da tecnici ortopedici o podologi.

Per detti presidi, ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 300,00 per ogni fattura (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Nel caso in cui l'acquisto di tali presidi sanitari sia fatturato dal medico specialista che li ha prescritti è indispensabile la dichiarazione medica, o del laboratorio, che confermi che il presidio sanitario fornito è stato confezionato su misura.

Non sono, invece, erogabili contributi per:

1. le calzature di serie o predisposte all'uso dei plantari;
2. le calzature post-intervento chirurgico per alluce valgo;
3. la cura del piede eseguita da un podologo.

b. Contenitori elastici speciali

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in angiologia, chirurgia generale, chirurgia vascolare, ginecologia, oncologia, ortopedia, fisiatria, reumatologia, geriatria e medicina interna.

Si intendono “contenitori elastici speciali” quelli acquistati, presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, negozi di articoli sanitari ed ortopedici, farmacie e parafarmacie.

Sono erogabili contributi per i contenitori elastici pre o post intervento chirurgico (monocollant, cavigliere, ginocchiere, polsiere, gomitiere e ventriere) ma solo se legati all'intervento chirurgico.

Sono esclusi dal rimborso i contenitori elastici: le cavigliere, le ginocchiere, le gomitiere, le polsiere e le panciere acquistati per problemi diversi dall'esecuzione di un intervento chirurgico.

Sono erogabili contributi per i contenitori elastici anche per prevenire e/o curare le patologie flebitiche, per trombosi venosa profonda o per linfedema primario congenito o linfedema secondario, ma è necessario che la prescrizione riporti chiaramente l'indicazione della compressione che deve essere almeno di 18 mmHg.

Per detti presidi, ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 per ogni fattura (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

c. Presidi sanitari

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in chirurgia generale maxillo facciale e stomatologia, gastroenterologia, ginecologia, oculistica, oncologia, ortopedia, otorinolaringoiatria.

Si intendono “presidi sanitari” quelle protesi (per arto, oculare, tracheo/faringea, mammaria - incluso reggiseno per protesi mammaria, per ano artificiale, per palatoschisi) acquistate, presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, inclusi i negozi di articoli sanitari e ortopedici.

Per detti presidi, ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo

di Euro 500,00 per ogni fattura (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

d. Apparecchi ortopedici

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in chirurgia generale, ortopedia, fisiatria, neurochirurgia ed oncologia.

Si intendono “apparecchi ortopedici” quei presidi (per arti, per collo, per tronco) acquistati, presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

Per detti presidi, ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 250,00 per ogni fattura (massimo 2 forniture ogni 12 mesi – temporizzazione mobile – *vedi Articolo 6*).

e. Apparecchio acustico e ricevitore per impianto cocleare

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in otorinolaringoiatria e deve essere correlata da un esame audiometrico.

Per detti presidi ASSILT riconosce un contributo nel seguente modo:

- per *l'acquisto dell'apparecchio acustico*, un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 2.000,00 per apparecchio acustico ogni 36 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*);
- per la spesa residua - al netto del contributo del SSN - per *l'acquisto del ricevitore per impianto cocleare*, un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 500,00 ogni 36 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*);
- per la riparazione, ASSILT prevede un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 per apparecchio acustico (senza limiti temporali).

f. Presidi per la deambulazione

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in fisiatria, neurologia, neurochirurgia e ortopedia.

Si intendono “presidi per la deambulazione” quei presidi (es. carrozzine, stampelle, deambulatori e similari) acquistati, o noleggiati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

Per detti presidi, ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 350,00 per ogni fattura (massimo 1 fornitura ogni 12 mesi – temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

g. Parrucche (soci in terapia oncologica o affetti da alopecia cicatriziale acquisita o primitiva)

Per il riconoscimento dei contributi è indispensabile che si evinca dalla certificazione una pregressa o attuale terapia oncologica (chemioterapia) oppure che si è affetti da alopecia cicatriziale acquisita o primitiva.

Per detti presidi, ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 400,00 per ogni fattura (massimo 1 fornitura ogni 24 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

h. Presidi anti acaro

La prescrizione deve essere redatta da un medico specialista in pneumologia, allergologia o pediatria e la patologia allergica deve essere certificata da una struttura pubblica. Per le forniture successive è sufficiente la prescrizione del medico curante.

Si intendono “presidi anti acaro” il copricuscino, il coprimaterasso e il copripiumino acquistati, presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

Per l'acquisto di un copricuscino, un coprimaterasso e un copripiumino, ASSILT riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di contributo erogabile di Euro 130,00 ogni 24 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Tariffario

Calzature ortopediche, plantari, rialzi e accessori. Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 300,00 (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Contenitori elastici speciali. Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 150,00 (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Presidio sanitario per arto, oculare, fonetico, tracheo/esofageo, mammario, per palatoschisi, ano artificiale (compresi accessori). Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 500,00 (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Apparecchi ortopedici (arto, collo, tronco). Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 250,00 (massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Apparecchio acustico (ad apparecchio). Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo Euro 2.000,00 (un apparecchio ogni 36 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Ricevitore per impianto cocleare. Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo Euro 500,00 (un ricevitore ogni 36 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Riparazione apparecchio acustico. Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 150,00.

Acquisto o noleggio apparecchi per la deambulazione. Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo Euro 350,00.

Parrucche (terapia oncologica). Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 400,00.

Parrucche (alopecia cicatriziale). Contributo del 75% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 400,00.

Presidi anti-acaro. Contributo del 60% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 130,00 (ogni 24 mesi – temporizzazione mobile).

Punto 4. Prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici

Per tutte le prestazioni di diagnosi e cura, effettuate in regime privato ASSILT eroga il 65 % della spesa sostenuta entro un limite massimo definito nell'elenco delle prestazioni.

Le principali tipologie di specializzazione sanitaria previste sono suddivise in due aree:

Diagnostica specialistica

Chirurgia generale ed ambulatoriale, cardiologia, dermatologia, ginecologia, neurologia, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, pneumologia e urologia.

Diagnostica per immagine

Medicina nucleare, Radiologia.

Per l'erogazione del contributo occorre presentare la prescrizione medica (medico curante o medico specialista) che ha una validità di 12 mesi e la relativa documentazione fiscale di spesa.

La prescrizione medica non dovrà essere presentata nel caso in cui gli accertamenti diagnostici siano effettuati durante lo svolgimento di una visita medica specialistica.

I soci sono, inoltre, esentati dalla presentazione della prescrizione medica, nel caso in cui le prestazioni fruite siano presenti su documentazioni di spesa che contemporaneamente prevedono anche spese per ticket sanitari.

Sono erogabili contributi per le prestazioni specialistiche di diagnostica, non temporizzate, per le quali vengono applicati degli sconti, senza precisare il costo analitico dei singoli esami.

Quanto sopra non può comportare l'erogazione di contributi per prestazioni non previste, oppure risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate.

Tariffario Diagnostica specialistica

Prestazioni di chirurgia ambulatoriale e domiciliare

Asportazione ambulatoriale (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 per ogni seduta (massimo di 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Agoaspirazione (a seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 90,00 per ogni seduta

Agobiopsia (a seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 per ogni seduta

Agobiopsia/Ago-aspirazione eco-guidata (a seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 per ogni seduta

Interventi ambulatoriali di: legatura, rimozione, curretage, incisione, irrigazioni, specillazione, sutura, manometria e altri interventi di piccola chirurgia generale (farmaci e medicazioni inclusi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Angiochirurgia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 40,00 per ogni seduta

Biopsia (qualsiasi tipologia e distretto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura

Prelievo liquorale e di tessuti. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura

Laser terapia chirurgia vascolare (per seduta con un massimo di 5 sedute ogni 12 mesi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 140,00 per ogni seduta (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Medicazioni e suture di qualsiasi tipo manu medica - ambulatoriali e domiciliari. Contributo del 65% della spesa fino a massimo di Euro 50,00 a seduta con un massimo di 10 prestazioni ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Litotrissia ad onde d'urto per calcolosi epatica. Contributo del 65% della spesa fino a massimo di Euro 600,00 (per seduta con un massimo di 3 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Litotrissia ad onde d'urto per ostruzione dotti ghiandole salivari. Contributo del 65% della spesa fino a massimo di Euro 50,00 (per seduta con un massimo di 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Esame istologico. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 40,00 per ogni fattura

Esame citologico. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 40,00 per ogni fattura

Prestazioni di cardiologia

ECG ambulatoriale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 35,00 per ogni esame

ECG Domiciliare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 50,00 per ogni esame

ECG con sforzo. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni esame

ECG Dinamico - Holter. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Ecocardiografia doppler - Flussimetria Doppler. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 90,00 per ogni fattura

Monitoraggio della pressione arteriosa e venosa centrale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Ecocardiografia mono e/o bidimensionale (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Ecocardiografia - monitoraggio cardiaco (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 per ogni fattura.

Test cardiovascolari per valutazione neuropatia. Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 77,50 per ogni esame.

Capillaroscopia (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura.

Esame oscillometrico (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 30,00 per ogni fattura.

Riabilitazione cardiologica (20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 30,00 per ogni seduta

Prestazioni di dermatologia

Crioterapia - Dermoabrasione (massimo 10 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni seduta

Osservazione dermatologia in epiluminescenza e mappatura nevi. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 per ogni esame

PUVA, Fototerapia, Microfototerapia (massimo 10 sedute ogni 12 mesi temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) - su prescrizione di un medico specialista. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni seduta

Chemiochirurgia della cute (peeling chimico massimo 2 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni seduta

Terapia fotodinamica per lesioni neoplastiche cutanee. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 250,00 per ogni seduta

Test allergeni (epicutanei, intracutanei, per inalati), esame allergologico strumentale, True Test, Fotopatch test. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Diatermocoagulazione (massimo 10 sedute ogni 12 mesi temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 70,00 per ogni seduta

Laser dermatologico (massimo 2 sedute ogni 12 mesi temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 130,00 per ogni seduta

Prestazioni di ginecologia

Crioterapia della portio uterina. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 170,00 per ogni fattura

Isteroscopia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Colposcopia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Agoaspirato, asportazioni piccole neoformazioni, cauterizzazione (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 180,00 per ogni seduta

Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (applicazione e/o rimozione). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (acquisto del dispositivo). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 250,00 per ogni documento fiscale

Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (Rimozione/applicazione/fornitura). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 350,00 per ogni fattura

Pap test - Pap net - Virus del papilloma umano (HPV). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 60,00 per ogni fattura

Thinprep. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 65,00 per ogni fattura

Prestazioni di Neurologia

Elettroencefalogramma (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Elettromiografia (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 90,00 per ogni fattura

Valutazione neurologica - anche eseguita da Psicologo (Test intellettuale, di personalità, potenziali evocativi, valutazione funzione cognitiva, test di memoria, ciclo del sonno - qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni seduta

Biofeedback (massimo 10 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 35,00 per ogni seduta

Prestazioni di Oculistica

Elettroretinogramma. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Tonometria eseguita al di fuori della visita. Contributo del 65% fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Studio motilità oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 60,00 per ogni fattura

Angiografia con fluoresceina/Fluorangiografia o Angioscopia oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Esame topografico corneale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Fotografia del fondo oculare (entrambi gli occhi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Campimetria (studio campo visivo). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 90,00 per ogni fattura

Pachimetria o biometria oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni fattura

Gonioscopia (eseguita al di fuori della visita medica oculistica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Capsulotomia YAG-LASER per cataratta secondaria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Fotocoagulazione Laser (per seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura

Fotografia del segmento anteriore (entrambi gli occhi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Potenziali evocativi visivi (PEV). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni fattura

Tomografia a coerenza ottica della retina e della papilla ottica (OCT). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Esercizi ortottici (eseguiti da ortottista - per seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 40,00 per ogni seduta

Valutazione ortottica (eseguita da medico specialista). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 60,00 per ogni fattura

Valutazione morfologica della papilla ottica e/o delle fibre nervose retiniche (HRT, GDX). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Iniezioni intravitreali: (incluso il costo del farmaco). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 500,00 per ogni seduta

Riabilitazione del cieco (a seduta - massimo 20 sedute temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 25,00 per ogni seduta

Esame del fondo oculare eseguito al di fuori della visita oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Angiografia con verde indocianina. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di

Euro 140,00 per ogni fattura

Curva tonometrica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Trabeculoplastica laser per glaucoma ad angolo aperto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Iridotomia Yag laser. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Piccoli interventi ambulatoriali di chirurgia oculistica (Calazio, Pterigio). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 350,00 per ogni fattura

Prestazioni di otorinolaringoiatria

Esame audiometrico (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Impedenziometria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Potenziali evocati uditivi. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Laringoscopia - Faringoscopia – Fibroscopia - Rinoscopia (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni fattura

Rinometria - Olfattometria - Esame della voce - Funzionalità tubarica, vestibolare, timpanica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni esame

Cateterismo con insufflazione tubarica (a seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 25,00 per ogni seduta

Aerosolterapia, Docce nasali micronizzate (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 20,00 per ogni seduta

Elettrocoagulazione di varici del setto nasale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 35,00 per ogni seduta

Otomicroscopia . Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Irrigazione orecchio con rimozione di cerume (farmaci e medicazioni inclusi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Prestazioni di Pneumologia

Spirometria, prove funzionalità respiratoria e respiratoria cardiaca (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni fattura

Rieducazione ed esercizi respiratori - eseguita anche dai terapisti della riabilitazione (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 40,00 a seduta

Acquisto apparecchio per la saturimetria - affetti da broncopneumopatia cronica (massimo 1 apparecchio ogni 24 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 40,00 a fattura

Prestazioni di ortopedia

Apparecchio gessato (qualsiasi distretto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo

di Euro 80,00 a fattura

Applicazione corsetto gessato. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 80,00 a fattura

Bendaggio, fasciatura (qualsiasi distretto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 a fattura

Riduzione di lussazione o di frattura (qualsiasi distretto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 a fattura

Mobilizzazione incruenta di rigidità di piccole e grandi articolazioni (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 35,00 a seduta

Ossigenoterapia iperbarica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 a seduta

Litotrissia ad onde d'urto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 120,00 a seduta

Artroscopia diagnostica e interventistica ambulatoriale (ad arto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 400,00 per ogni intervento (massimo 1 intervento per ogni arto ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Prestazioni di urologia

Frenulotomia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 450,00 a fattura

Infiltrazione peniena (escluso farmaco). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 70,00 a fattura

Uroflussometria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 a fattura

Esame urodinamico invasivo. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 250,00 a fattura

Cistometrografia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 a fattura
 Massaggio della prostata (oltre la visita - per seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 30,00 a seduta

Riabilitazione del pavimento pelvico - eseguita per problemi urologici, intestinali o ginecologici anche da terapisti della riabilitazione o ostetrici (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 35,00 a seduta

Litotrissia ad onde d'urto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 1.900,00 a fattura

Cateterismo vescicale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 a fattura

Rimozione catetere, lavaggio vescicale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 a fattura

Tariffario Diagnostica per immagine

Prestazioni di medicina nucleare

MOC (Mineralometria ossea computerizzata). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Densitometria ossea (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Scintigrafia (qualsiasi zona). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo Euro 260,00 per ogni fattura

PET - Tomoscintigrafia (qualsiasi zona). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo Euro 1.500,00 per ogni fattura

Prestazioni di Radiologia ed altre Prestazioni di Diagnostica

Colangiografia, angiografia, angio RMN, artrografia , aortografia, arteriografia (qualsiasi tecnica e zona). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 300,00 a fattura

Clisma opaco semplice e con contrasto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 a fattura

Cistografia, cistouretrografia (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 150,00 a fattura

Esame doppler, Color doppler, Ecocolordoppler (qualsiasi tecnica e distretto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 120,00 a fattura

Ecoencefalografia transfontanellare (in pediatria). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 70,00 a fattura

Ecografia addome completo. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 140,00 a fattura

Ecografia addome inferiore (Ureteri, vescica, pelvi, prostata, pene, testicoli). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecografia addome superiore, capo, collo (occhio, tiroide e paratiroide, ghiandole salivari, linfonodi, mediastino, esofago, polmoni, fegato, vie biliari, pancreas, milza, reni, surreni e surreni, retroperitoneo). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Elastografia, Fibroscan Epatica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecografia aorta addominale, endovasale, vasi arteriosi, vasi venosi, cute, sottocute, tessuti molli. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecografia arti, osteoarticolare, muscolotendinea. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecografia ginecologica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecografia transvaginale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecografia pelvica con Ecografia transvaginale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 a fattura

Ecografia mammella. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Mammografia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura

Mammografia con ecografia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 a fattura

Esame clinico e strumentale delle mammelle (visita, ecografia e mammografia). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 a fattura

RMN Total body. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 550,00 a fattura
 RMN (Colonna vertebrale, arti, muscolotendinea, muscoloscheletrica) con o senza mezzo di contrasto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 250,00 a fattura
 RMN altri distretti con o senza mezzo di contrasto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 450,00 a fattura
 TC (qualsiasi distretto, inclusi esami detti virtuali). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 400,00 a fattura
 TC Total Body (qualsiasi distretto). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 600,00 a fattura
 Esame radiografico qualsiasi distretto (Rx, ortopantomica, stratigrafia, xerostratigrafia, dentoscan, Cone Beam Tac, isterosalpingografia). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 a fattura
 Ecografia transrettale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 110,00 a fattura
 Esofagogastroscofia con o senza biopsia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura
 Esofagogastroduodenoscopia con o senza biopsia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura
 Rettosigmoidocolonscofia con o senza biopsia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura
 Colonscofia in sedazione. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 400,00 a fattura
 Endoscopia con o senza biopsia (altre tipologie e distretti). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura
 Assistenza anestesiofica per esami diagnostici o interventi di piccola chirurgia ambulatoriale (esclusi quelli odontoiatrici). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a un massimo Euro 50,00 a fattura
 Prestazioni specialistiche e di diagnostica - Pagamento di tariffe "scontate" o a "pacchetto". Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 a fattura

Punto 5. Esami di laboratorio

a. Esami di laboratorio

Per tutte le tipologie di esami di laboratorio in vitro su liquidi biologici (sangue, urine, saliva, sudore, secrezioni, ecc.) effettuati in regime privato, ad esclusione degli esami di genetica e biologia molecolare, ASSILT riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 300,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) previa presentazione di una prescrizione medica (che ha validità 12 mesi) e la relativa ricevuta di spesa.

I soci sono esentati dalla presentazione della prescrizione medica, soltanto nel caso in cui le prestazioni fruite siano presenti su documentazioni di spesa che contemporaneamente prevedono anche spese per ticket sanitari.

Tra gli esami ematici sono inclusi anche gli allergologici prescritti ed effettuati da medici di base (anche pediatra di base) o medici specialisti in Allergologia, Immunologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Dermatologia e Otorinolaringoiatria.

b. Esami genetici o molecolari

Per tutte le tipologie di esami genetici effettuati in regime privato ASSILT riconosce un contributo pari al 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 600,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) previa presentazione di una prescrizione medica (che ha validità 12 mesi) e dettagliata ricevuta di spesa.

I soci sono esentati dalla presentazione della prescrizione medica, soltanto nel caso in cui le prestazioni fruite siano presenti su documentazioni di spesa che contemporaneamente prevedono anche spese per ticket sanitari.

Tariffario

Esami di laboratorio 60% della spesa fino ad un massimo di Euro 300,00 ogni 12 mesi (incluso il prelievo venoso)

Esami di genetici 70% della spesa fino ad massimo di Euro 600,00 ogni 12 mesi (incluso il prelievo venoso)

Elenco esami genetici previsti

Cromatina Sessuale, Cariotipo su sangue periferico (Mappa cromosomica), FISH con altre sonde, FISH su liquido seminale.

Ricerca delle mutazioni del gene per: Acondroplasia, Anemia Falciforme, Aneuploidie Molecolari, Atassie Spinocerebellari, Atassia di Friedreich, Atassia Telangectasia, Distonia Primaria, Distrofia Miotonica, Distrofia Muscolare, Emocromatosi, Huntington, MCDA Deficit Sordità congenita, SBMA, X Fragile
Ricerca delle mutazioni del gene per: Alzheimer familiare, Epidermolisi bullosa, Fenilchetonuria, Retinite pigmentosa, alfa1antitripsina, Atrofia spinale Muscolare tipo 1.

Genotipizzazione del locus ApoE dell'Alzheimer

Analisi del gene del fattore VIII per l'emofilia A

Fibrosi cistica 31 mutazioni, Fibrosi cistica 100 mutazioni, Fibrosi cistica 200 mutazioni, Fibrosi cistica intero gene CFTR

Ricerca delle mutazioni del gene MECP2 Sindrome di Rett

SRY (Sex determining Region)

Ricerca delle principali mutazioni geniche nelle Endocrinopatie congenite 21idrossilasi, 5alfareduttasi, Aromatasi p450, Ipoplasia surrenale congenita, recettore androgenico, recettore estrogenico, Thyroid Hormone Receptor

Analisi di mutazione del gene VDR della Vitamina D, Analisi di mutazione del collagene di tipo 11

Ricerca di mutazioni di geni per malattie cardiovascolari: ACE, AGT, Fattore V di Leiden, Fattore II Protrombina, MTHFR-C677T, MTHFR1298A/C, Ipercolesterolemia familiare, Iperlipoproteinemia familiare tipo III

Ricerca di mutazioni di geni per Trombofilia, Ricerca del pannello di mutazioni per Trombofilia/Iper-tensione

Microdelezioni del cromosoma Y(AZF), Recettore Androgenico AR, Polimorfismo 5T introne 8 gene CFTR HLA

Test di frammentazione DNA/Halosperm (mutazioni del gene per Aneuploidie)

Analisi su Blastociti per anomalie numeriche

Oncologia Molecolare

Ricerca di una specifica mutazione, Sequenziamento diretto del gene, Analisi di mutazione del gene mRNA PSA qualitativo, mRNA PSA quantitativo, mRNA Tirosinasi qualitativo, mRNA Tirosinasi quantitativo, mRNA MART Qualitativo, mRNA MART Quantitativo, mRNA MGB Qualitativo, mRNA MGB Quantitativo

Punto 6. Farmaci

a. Prontuario farmaceutico integrativo ASSILT

ASSILT predispose ed aggiorna periodicamente un proprio Prontuario Farmaceutico Integrativo rivolto ai soci nel quale vengono contemplati farmaci di elevato valore terapeutico non acquisibili attraverso il S.S.N..

Tale prontuario viene aggiornato annualmente in collaborazione con i Consulenti Sanitari ASSILT.

Il contributo é pari al 60% del costo del farmaco con un importo massimo erogabile ogni 12 mesi pari a Euro 250,00 (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) e viene riconosciuto dietro presentazione della prescrizione medica (che ha una validità di 12 mesi) intestata al socio o al beneficiario, e dello "scontrino fiscale parlante" (l. 296 del 27/12/2006) rilasciato dalla farmacia o dalla parafarmacia con la quantità, il prezzo ed il codice del prodotto acquistato.

Se nella prescrizione medica é riportata la molecola e non il farmaco prescritto, sono erogabili contributi soltanto se il farmacista dichiara che il farmaco acquistato corrisponde a quello prescritto.

Non sono erogabili contributi se negli scontrini fiscali rilasciati dalla farmacia non si evince il codice fiscale del soggetto (socio o beneficiario) al quale sono stati prescritti i farmaci.

Possono essere, invece, riconosciuti contributi nel caso in cui nello scontrino fiscale sia inserito il codice fiscale del socio e i farmaci siano prescritti a un figlio minorenni iscritto all'Associazione.

b. Farmaci non autorizzati alla vendita in Italia

Sono parificati ai farmaci di elevato valore terapeutico anche quelli non autorizzati alla vendita in Italia, purché prescritti da strutture sanitarie pubbliche italiane. La prescrizione deve riportare chiaramente che il farmaco non è vendibile in Italia.

Per tali farmaci ASSILT riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 250,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Il contributo verrà erogato su presentazione delle prescrizione medica di struttura pubblica (che ha una validità di 12 mesi) intestata al socio o al beneficiario e relativa documentazione di spesa.

c. Farmaci e cure omeopatiche

Il contributo é pari al 60% del costo dei farmaci omeopatici, fino ad un importo massimo di Euro 250,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6), dietro presentazione della prescrizione medica (*che ha una validità di 12 mesi*), della fattura, dello scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia,

PARTE II – PRESTAZIONI SANITARIE

dalla parafarmacia, dalle strutture commerciali abilitate, o dal rivenditore autorizzato per gli acquisti on-line (secondo quanto precisato all'Articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale).

La documentazione di spesa deve essere correlata da una dichiarazione riportante il nome del farmaco acquistato e l'identificazione della categoria di "farmaco omeopatico" a meno che non sia rilevabile dallo scontrino stesso.

La visita del medico omeopata non viene rimborsata.

d. Estratti desensibilizzanti

Sono erogabili contributi pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 600,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) per l'acquisto di estratti desensibilizzanti in caso di soci con patologia allergica certificata.

Il contributo è erogato previa presentazione di prescrizione del medico specialista della patologia e ha una validità di 12 mesi (Allergologo, Immunologo, Dermatologo, Pediatra, Internistica, Pneumologo, Otorino) e della relativa documentazione di spesa.

Tariffario

Prontuario farmaceutico: elenco dei farmaci in Allegato B. Contributo pari al 60% del costo del farmaco con un importo massimo ogni 12 mesi pari a Euro 250,00 (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Farmaci venduti all'estero. Contributo del 60% del costo del prodotto fino ad un importo massimo di 250,00 Euro ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Prodotti omeopatici. Contributo del 60% del costo del prodotto fino ad un importo massimo di 250,00 Euro ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Estratti desensibilizzanti. Contributo del 75% del costo del prodotto fino ad un importo massimo di 600,00 Euro ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Punto 7. Ticket sanitari

a. Norma Generale

ASSILT eroga un contributo pari all'85% delle spese sostenute dai Soci per ticket sanitari riferiti a:

- Prestazioni specialistiche e di diagnostica fruita in regime pubblico o accreditato;
- Cure termali;
- Pronto soccorso o ricovero;

In questi casi i soci sono esentati dalla presentazione della prescrizione medica, essendo sia l'identificazione del fruitore che la verifica della corrispondenza delle prestazioni prescritte, effettuata direttamente dalla struttura sanitaria pubblica o accreditata erogante. E' sempre necessario, invece, presentare dettagliata documentazione di spesa.

Per le eventuali "quote a ricetta" specificatamente indicate nella documentazione di spesa verrà erogato lo stesso contributo previsto per i Ticket sanitari.

Nel caso in cui il pagamento del ticket sanitario avvenga tramite:

1. bonifico bancario;
2. conto corrente postale;
3. altri sistemi automatizzati;
4. oppure nel caso in cui non sia chiaramente indicato nella ricevuta di spesa che la quota pagata è un ticket sanitario;

è indispensabile allegare alla ricevuta della spesa sostenuta, dalla quale si deve poter evincere il fruitore delle prestazioni e l'importo pagato a titolo di ticket sanitario, la prescrizione medica o il riepilogo della prenotazione in modo da consentire l'identificazione del fruitore e delle prestazioni eseguite.

Per le prestazioni sanitarie effettuate presso strutture sanitarie pubbliche con il pagamento di un importo per la prestazione resa e non del "ticket sanitario - partecipazione alla spesa pubblica", al fine della determinazione del contributo verrà riconosciuto quanto previsto per ogni tipologia di prestazione allo specifico capitolo di spesa di questo testo normativo.

b. Fecondazione assistita con pagamento di "ticket sanitario"

Per l'atto operativo e le terapie ormonali connesse eseguita in Italia regime pubblico, secondo la vigente legislazione nazionale, vengono riconosciuti contributi a socie o beneficiarie pari all'85% della spesa sostenuta previa presentazione di dettagliata documentazione di spesa dalla quale si evinca la prestazione.

Il contributo potrà essere erogato senza limiti di atti.

Tariffario

Ticket sanitari Odontoiatria. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Visite specialistiche. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Terapia Fisica. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Prestazioni specialistiche. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Analisi cliniche. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Radiologia. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Pronto soccorso, ricovero. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Cure termali. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Fecondazione assistita. Contributo del 85% della spesa sostenuta
Quota ricetta. Contributo del 85% della spesa sostenuta

Punto 8. Terapia iniettiva e altre terapie

a. Iniezioni o infiltrazioni di sostanze terapeutiche anti-infiammatorie nelle articolazioni

La prescrizione, che ha validità 12 mesi, deve essere redatta da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria o Neurochirurgia e le prestazioni devono essere eseguite da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria o Neurochirurgia.

Per queste prestazioni ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 a seduta (incluso farmaco), per un massimo di 5 sedute annue (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

b. Iniezione o infiltrazione peridurale, perinervose, di anestetico, di agenti neurolitici, di steroidi, iniezioni intrarticolari di ossigeno/ozono

La prescrizione, che ha validità 12 mesi, deve essere redatta da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Ginecologia, Neurologia, Neurochirurgia, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale e le prestazioni devono essere eseguite da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Ginecologia, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Anestesia e Rianimazione e Chirurgia Generale.

I contributi per le iniezioni intrarticolari di ossigeno/ozono solo erogabili esclusivamente in caso di ernia discale o discopatia (cervicale, dorsale, lombare), pertanto, nella prescrizione del medico specialista si deve poter evincere la patologia e solo se effettuate da un medico specialista in Ortopedia, Fisiatria, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia e Anestesia e Rianimazione.

Per queste prestazioni ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 per ogni fattura per un massimo di 5 sedute annue (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

c. Iniezioni endoarteriose, periarteriose, sottocongiuntivali

La prescrizione, che ha validità 12 mesi, deve essere redatta da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Neurologia, Chirurgia Generale, Oculistica e le prestazioni devono essere eseguite da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Neurologia, Chirurgia Generale, Oculistica.

Per queste prestazioni ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 per un massimo di 5 sedute annue (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

d. Iniezioni endovenose, intramuscolari, sottocutanee, fleboclisi ambulatoriali o domiciliari

La prescrizione, che ha validità 12 mesi, deve essere redatta da un medico (curante o specialista) e deve riportare l'indicazione del ciclo di cura. Le prestazioni devono essere eseguite da un medico (curante o specialista).

Nel caso in cui le iniezioni intramuscolari o sottocutanee fossero effettuate da personale infermieristico, la documentazione di spesa dovrà riportare il numero d'ordine di iscrizione al Collegio professionale.

Per queste prestazioni ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta, per un massimo di 10 sedute annue (temporizzazioni mobile – *vedi Articolo 6*).

e. Altre terapie – Agopuntura

La prescrizione, che ha validità 12 mesi, deve essere redatta da un medico specialista e le prestazioni devono essere eseguite da operatori Laureati in Medicina e Chirurgia abilitati in Italia ad eseguire questo atto medico.

Per queste prestazioni ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 35,00 a seduta, per un massimo di 10 sedute annue (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Tariffario

Iniezioni sostanze terapeutiche. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 a seduta (massimo 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Iniezioni peridurali, perinervose, di anestetico, di agenti neurolitici di steroidi, di farmaci antitumorali. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 200,00 (massimo 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Iniezioni endoarteriose, periarteriose, sottocongiuntivale. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 a seduta (massimo 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Iniezioni endovenose, intramuscolari, sottocutanee, fleboclisi ambulatoriali o domiciliari. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 a seduta (massimo 10 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Agopuntura. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 35,00 a seduta (massimo 10 - sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Punto 9. Visite specialistiche

ASSILT in caso di visite mediche specialistiche riconosce:

- 4 visite mediche specialistiche ambulatoriali e/o domiciliari ogni 12 mesi (anno solare);
- visite mediche specialistiche di cardiologia o pediatria d'urgenza domiciliari festive o notturne, senza nessun limite massimo.

I contributi sono i seguenti:

- 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00 per le visite mediche specialistiche ambulatoriali;
- 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 per le visite mediche specialistiche domiciliari;
- 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 per le visite mediche specialistiche di cardiologia o pediatria d'urgenza domiciliari festive o notturne.

Se durante il corso della visita vengono effettuati degli esami diagnostici è indispensabile che nel documento di spesa sia indicato in maniera analitica il costo della visita medica specialistica e il costo dei singoli esami. Nel caso in cui non siano precisati sarà riconosciuto un contributo nel modo seguente, in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate:

- 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00 per la visita medica specialistica, ponendo il valore della visita medica in ragione di Euro 87,50;
- per l'importo residuo verrà riconosciuto il 50% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo erogabile pari a Euro 250,00 e comunque nel limite dell'importo massimo indicato nel tariffario per ogni singola prestazione.

PARTE II – PRESTAZIONI SANITARIE

In caso di particolari patologie potranno essere riconosciute ulteriori visite mediche specialistiche previa autorizzazione della Linea Sanitaria (*vedi articolo 11 - Punto 5. Visite mediche specialistiche oltre la quarta*).

Sono erogabili contributi per 6 visite specialistiche ginecologiche-ostetriche, nel periodo di gravidanza. Lo stato di gravidanza dovrà essere certificato o indicato specificatamente nel documento di spesa.

Per qualsiasi tipologia di visita medica specialistica non è necessaria la prescrizione medica; dalla documentazione di spesa si dovrà evincere il nome dello specialista, la relativa specializzazione medica e la prestazione effettuata (*vedi articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale*).

Nel caso in cui nel corso della visita medica specialistica vengano effettuate prestazioni e le stesse siano fatturate nel medesimo documento di spesa, non è necessaria la prescrizione medica.

Nel caso di visite mediche specialistiche eseguite presso strutture sanitarie in regime intramurario, dove il costo dell'utilizzo dello studio venga fatturato separatamente dalla prestazione sanitaria, se dalle due ricevute risulta che le spese sono correlate, al fine del rimborso, l'importo delle due fatture dovrà essere sommato.

Non sono previsti contributi per le seguenti visite mediche specialistiche e per gli accertamenti a carattere aspecifico (*vedi Articolo 16*):

1. Odontoiatriche,
2. di Omeopata,
3. di Medicina Legale e delle Assicurazioni,
4. di Medicina dello Sport,
5. di Medicina del Lavoro,
6. Medico Turistica,
7. Visite effettuate per check up medico.

Nel caso di visite mediche specialistiche eseguite presso strutture sanitarie in regime intramurario, dove il costo dell'utilizzo dello studio venga fatturato separatamente dalla prestazione sanitaria, se dalle due ricevute risulta che le spese sono correlate, al fine del rimborso, l'importo delle due fatture dovrà essere sommato.

Tariffario

Visita medica specialistica ambulatoriale. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00

Prestazioni specialistiche effettuate nel corso della visita specialistica e non fatturate analiticamente. Contributo del 50% della spesa fino ad un massimo erogabile di Euro 250,00

Visita medica specialistica domiciliare. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00

Visita medica specialistica di ostetricia. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00 (massimo 6 visite per tutto il periodo di gravidanza)

Visite mediche specialistiche domiciliari pediatriche notturne o festive. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00

Visite mediche specialistiche domiciliari cardiologiche notturne o festive. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00

Elenco delle specializzazioni

*Allergologia e Immunologia clinica, Anatomia patologica, Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Cardiologia, Cardiocirurgia, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Dermatologia e Venereologia, Ematologia, Endocrinologia e malattie del ricambio, Gastroenterologia, Genetica medica, Geriatria, Ginecologia ed Ostetricia, Infettivologia, Medicina tropicale
Medicina fisica e riabilitazione, Medicina interna, Medicina nucleare, Nefrologia, Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria infantile, Neurochirurgia, Oculistica, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Pediatria, Pneumologia, Psicologia clinica, Psichiatria, Radioterapia, Reumatologia, Scienza dell'alimentazione, Urologia*

Punto 10. Fecondazione assistita

Per l'atto operativo e le terapie ormonali connesse vengono riconosciuti contributi a socie o beneficiarie solo se eseguite in Italia, secondo la vigente legislazione nazionale. Il contributo é pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 2.000,00 per ogni atto, previa presentazione di dettagliata documentazione di spesa dalla quale si evinca la prestazione eseguita.

Il contributo potrà essere erogato per massimo tre volte nella vita associativa.

ASSILT, per le necessarie prestazioni sanitarie diagnostiche/terapeutiche necessarie all'esecuzione della fecondazione assistita effettuate sul socio o beneficiario in Italia, eroga un contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 400,00 a prestazione previa presentazione di dettagliata documentazione sanitaria e di spesa.

Tariffario

Fecondazione assistita – Atto chirurgico e terapie ormonali (donne). Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 2.000,00 per ogni atto operativo (massimo 3 interventi nella vita associativa)

Prestazione sanitaria diagnostica o terapeutica (uomini). Contributo 80% della spesa entro un importo massimo erogabile di Euro 400,00

Punto 11. Terapie fisiche

a. Fisioterapia

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino alla concorrenza della tariffa prevista per tipologia di prestazioni e fino ad un massimo complessivo di 20 sedute all'anno (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

La prescrizione delle terapie (che ha validità 12 mesi) deve riportare la diagnosi, il dettaglio delle sedute prescritte e deve essere redatta da medici specialisti in:

Ortopedia, Fisiatria, Medicina Fisica e Riabilitativa, Angiologia - Angiochirurgia, Anestesia, Chirurgia vascolare, Cardiologia, Ginecologia, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia, Chirurgia Generale, Urologia, Oncologia.

Le prestazioni riabilitative devono essere effettuate da:

Medici specialisti sopra elencati, fisiokinesiterapisti o figure equipollenti riconosciute dal Ministero della Salute (*Terapisti della riabilitazione, Tecnici fisioterapisti della riabilitazione, Terapisti della riabilitazione dell'apparato motorio e Massofisioterapisti*).

Nell'ambito delle patologie neuro-motorie, cognitive, dell'apprendimento e del linguaggio le prestazioni potranno essere effettuate anche da *Laureati in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (da 0 a 18 anni di età)*.

La documentazione di spesa, dettagliata per prestazione deve contenere il numero delle sedute fatturate e deve essere emessa da professionisti o strutture abilitate (*vedi articolo 7. Documentazione sanitaria e fiscale*).

In caso di gravi e rilevanti patologie croniche del sistema nervoso, osteo-articolare, cardiaco, linfatico e respiratorio con deficit di mobilità, opportunamente documentate, potranno essere riconosciute ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria ASSILT (*vedi articolo 11 - Punto 15. Altre terapie riabilitative*).

Tariffario (senza autorizzazione della Linea Sanitaria)

Massoterapia distrettuale riflessogeno, massaggio riflessogeno, pressoterapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta.

Chinesiterapia attiva, passiva manuale, ginnastica correttiva. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta

Mobilizzazione della colonna vertebrale, manipolazione o trazione di altre articolazioni. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta

Rieducazione neuromotoria individuale o di gruppo. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

Ginnastica riabilitativa isocinetica per la riabilitazione muscolare. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta

Esercizi posturali individuali o collettivi. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta

Esercizi assistiti in acqua - sedute collettive o individuali. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

T.E.N.S. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta.

Magnetoterapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta.

Terapia Diamagnetica. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta.

Ionoforesi. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 10,00 per seduta

Ultrasuoni. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 8,00 per seduta

Elettrostimolazione ad impulsi regolari (diadinamica). Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta

Infrarossi, ultravioletti, infrasuoni, sonoforesi. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 10,00 per seduta

Radarterapia, elettroterapia, elettrosonoterapia, idromassoterapia, laserterapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 10,00 per seduta

Drenaggio linfatico manuale. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

b. Tecar terapia

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta per la tecar-terapia fino ad un massimo complessivo di 10 sedute all'anno (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). In questo caso potranno essere erogati contributi per un massimo di n. 10 sedute per le altre sedute di fisioterapia (*vedi punto a. Fisioterapia*).

Per la prescrizione e l'effettuazione delle terapie vale quanto indicato al punto a. *Fisioterapia*.

In caso di gravi e rilevanti patologie croniche, opportunamente documentate, potranno essere riconosciute ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria ASSILT (*vedi articolo 11 - Punto 15. Altre terapie riabilitative*).

Tariffario

Tecar terapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 40,00 per seduta (massimo 10 sedute ogni 12 mesi)

c. Terapie a scopo antalgico

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta (incluso il costo del farmaco) fino alla concorrenza della tariffa prevista per tipologia di prestazioni e fino ad un massimo complessivo di 10 sedute all'anno (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). In questo caso potranno essere erogati contributi per un massimo di n. 10 sedute per le altre sedute di fisioterapia (*vedi punto a. Fisioterapia*).

La prescrizione delle terapie deve riportare lo scopo antalgico e deve essere redatta da medici specialisti in:

Ortopedia, Fisiatria, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia, Chirurgia Generale, Urologia.

Le prestazioni riabilitative devono essere effettuate da:

Medici specialisti sopra elencati, fisiokinesiterapisti o figure equipollenti riconosciute dal Ministero della Salute (Terapisti della riabilitazione, Tecnici fisioterapisti della riabilitazione, Terapisti della riabilitazione dell'apparato motorio e Massofisioterapisti).

Nell'ambito delle patologie neuro-motorie, cognitive, dell'apprendimento e del linguaggio le prestazioni potranno essere effettuate anche da Laureati in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (da 0 a 18 anni di età).

La documentazione di spesa, dettagliata per prestazione, deve essere emessa da professionisti o strutture abilitate (*vedi articolo 7. Documentazione sanitaria e fiscale*).

In caso di gravi e rilevanti patologie croniche, opportunamente documentate, potranno essere riconosciute ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria (*vedi Articolo 11 - Punto 15. Altre terapie riabilitative*).

Tariffario

Laser stimolazione a scopo antalgico. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo

di Euro 15,00 per seduta (massimo 10 sedute ogni 12 mesi).

Mesoterapia a scopo antalgico. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta (massimo 10 sedute ogni 12 mesi)

Terapia ad onde d'urto a scopo antalgico. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 per seduta (massimo 10 sedute ogni 12 mesi)

Punto 15. Ostetricia

a. Norme generali

ASSILT riconosce contributi per le prestazioni eseguite nel periodo di gravidanza previa presentazione di un certificato medico che attesti lo stato di gravidanza, a meno che non sia chiaramente indicato nella relativa documentazione fiscale che si tratta di prestazioni ostetriche.

Nel periodo di gravidanza sono concedibili contributi per un massimo di 6 visite specialistiche ginecologiche-ostetriche. Lo stato di gravidanza dovrà essere certificato o indicato specificatamente nel documento di spesa.

Per le prestazioni specialistiche ostetriche eseguite in tutto il periodo di gravidanza non è necessaria la prescrizione medica.

Le specifiche prestazioni previste sono:

Tariffario

Visite specialistiche ostetrico - ginecologiche. Contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00 (*vedi Punto 9. Visite specialistiche*)

Ecografie ostetriche. Contributo per singola prestazione pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 100,00 per ogni ecografia

Ecografia morfologica. Contributo per singola prestazione pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 120,00 per ogni ecografia

Amniocentesi (atto operativo ed esami sul liquido amniotico). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 700,00 a fattura

Studio dei villi coriali (analisi completa). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 500,00 a fattura

BI Test o TRI Test (analisi completa). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 120,00 a fattura

Prenatal Safe o Harmony test (analisi completa). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 120,00 a fattura

Ecocardiogramma (fetale). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 110,00 a fattura

Ecoflussimetria doppler qualsiasi distretto (fetale). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 90,00 per ogni fattura

Cardiotocografia CTG. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 50,00 a fattura

Corso di preparazione al parto (intero corso). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 200,00 per l'intero corso

Anestesia peridurale in travaglio di parto. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 500,00 a fattura (*tutto incluso*)

Nel caso in cui nella documentazione di spesa non sia indicato in maniera analitica il costo della visita specialistica ambulatoriale distinto dal costo delle singole prestazioni effettuate nel corso della visita stessa, sarà riconosciuto un contributo nel seguente modo:

- 80% della spesa fino ad un massimo di Euro 70,00 per la visita medica specialistica;
- per l'importo residuo verrà riconosciuto il 70% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo erogabile pari a Euro 400,00.

Tariffario

Prestazioni specialistiche effettuate nel corso della visita specialistica e non fatturate analiticamente. Contributo del 70% della spesa fino ad un massimo erogabile di Euro 400,00

b. Parto naturale e parto cesareo

ASSILT, inoltre, riconosce un contributo per il “parto naturale” in strutture pubbliche, private o a domicilio e per il “parto cesareo” eseguito in strutture pubbliche o private.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella clinica dalla quale si possa evincere il nome, il periodo di ospedalizzazione e la motivazione del ricovero oppure di una certificazione redatta dall'équipe ostetrica, nei casi di parti domiciliari;
- la dettagliata documentazione di spesa rilasciata dalla struttura di ricovero (convenzionata o privata) e/o dall'équipe ostetrica o chirurgica.

I contributi sono riconosciuti sulla base dei seguenti criteri:

Parto naturale

- 60% della spesa relativa all'équipe ostetrica fino ad un massimo di Euro 3.000,00;
- 50% delle spese relative alla sala parto fino ad un massimo di Euro 700,00;
- 40% della spesa relativa alla degenza (*comfort alberghiero, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*) fino ad un massimo di Euro 700,00 ;

Parto cesareo

- 60% della spesa relativa all'équipe chirurgica fino ad un massimo di Euro 3.000,00;
- 50% delle spese relative alla sala parto fino ad un massimo di Euro 700,00;
- 40% della spesa relativa alla degenza (*comfort alberghiero, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*) fino ad un massimo di Euro 700,00.

Tariffario

Parto naturale

Equipe ostetrica. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 3.000,00

Sala parto. Contributo del 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 700,00

Degenza (*comfort alberghiero, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 700,00

Parto cesareo

Equipe chirurgica. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 3.000,00

Sala operatoria. Contributo pari al 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 700,00

Degenza (*comfort alberghiero, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo pari al 40% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 700,00

Punto 16. Franchigia

ASSILT per la parte di spesa sanitaria che rimane a carico dei soci a titolo di franchigia riconosce contributi, nei limiti di quanto indicato nel presente testo normativo, e solo nel caso in cui dalla documentazione di spesa si evinca la quota residua per ogni singola prestazione.

In ogni caso il contributo erogato dall'ASSILT, sommato a quanto già percepito, non potrà superare la spesa totale sostenuta dal socio.

ASSILT si riserva di richiedere la relativa documentazione di spesa in originale.

Punto 17. Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino alla concorrenza della tariffa prevista per tipologia di prestazioni e fino ad un massimo di 20 sedute ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

La prescrizione delle terapie deve riportare la diagnosi e deve essere redatta da medici specialisti in: Pediatria, Neurologia - Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Otorinolaringoiatria - Foniatria.

Le prestazioni riabilitative devono essere effettuate da Medici specialisti sopra elencati o logopedisti.

La documentazione di spesa, dettagliata per prestazione, deve essere emessa da professionisti o strutture abilitate (vedi articolo 7. Documentazione sanitaria e fiscale).

In caso di gravi e rilevanti patologie neurologiche e del linguaggio, opportunamente documentate, potranno essere riconosciute ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria (vedi articolo 11 - Punto 29 - Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale).

Tariffario

Logopedia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 per seduta (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Training disfasia, discalculia e dislessia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 per seduta (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).
 Terapia miofunzionale. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 per seduta (massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Articolo 11) Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione della Linea Sanitaria ASSILT

ASSILT, in caso di particolari patologie, per il riconoscimento dei contributi previsti, si avvale dei Consulenti sanitari nazionali ed interregionali che, in collaborazione con gli Assistenti sanitari territoriali, autorizzano l'erogazione dei contributi o forniscono valide indicazioni per avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale.

La collaborazione dei Consulenti sanitari interregionali con gli Assistenti sanitari territoriali è di seguito definita Linea Sanitaria.

Delle autorizzazioni richieste la Linea Sanitaria riferirà mensilmente al Delegato territorialmente competente, di questi casi il Consiglio di Amministrazione dovrà essere periodicamente aggiornato.

In particolare, il Consiglio di Amministrazione verrà regolarmente informato dei seguenti casi autorizzati:

- a) interventi chirurgici di particolare natura per i quali occorre il ricorso a operatori e strutture super specializzate e di alta qualifica;
- b) alta consulenza;
- c) gravi patologie oro-dentali;
- d) erogazioni straordinarie territoriali.

Punto 1. Assistenza sanitaria domiciliare e/o ospedaliera

a. Assistenza sanitaria per specifiche patologie invalidanti

ASSILT assicura al domicilio le cure occorrenti ai soci in cui risulta compromessa la capacità di provvedere alle normali esigenze della vita quotidiana (grave livello di ADL) a causa di specifiche patologie invalidanti (neurologiche, cardio-respiratorie, muscolo-scheletriche).

La Linea Sanitaria in concorso con la struttura sanitaria richiedente le prestazioni (Aziende Ospedaliere, Ospedali, Medici di Base) predispone un piano di cura secondo i bisogni del malato, che viene periodicamente aggiornato dagli Assistenti Sanitari anche con visite domiciliari. La certificazione medica ha una validità di 24 mesi.

Le prestazioni fruibili sono:

le visite e le prestazioni specialistiche, le prestazioni infermieristiche, le terapie della riabilitazione, le indagini strumentali e di laboratorio necessarie.

Modalità di erogazione dei contributi:

- le visite mediche specialistiche domiciliari (massimo una al mese) con un contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 120,00 per ogni visita;
- le prestazioni infermieristiche diurne un contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di euro 15,00 l'ora e Euro 150,00 al giorno (garantita anche nel caso di periodi di ricovero ospedaliero);

PARTE II – PRESTAZIONI SANITARIE

- le prestazioni infermieristiche notturne un contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di euro 10,00 l'ora e Euro 100,00 a notte (garantita anche nel caso di periodi di ricovero ospedaliero);
- le terapie della riabilitazione con un contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 6.000,00 ogni 12 mesi (anno solare);
- le prestazioni specialistiche, le indagini strumentali e di laboratorio con un contributo pari all'80% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 200,00 a prestazione.

Il riconoscimento dei contributi sopra descritti è subordinato alla sola presentazione della documentazione di spesa di medici specialistici o professionisti abilitati e relativa professione sanitaria non medica con il dettaglio delle prestazioni eseguite, dei giorni e del numero delle ore giornaliere eseguite.

Nel caso di ricevute rilasciate dagli infermieri professionali e non dalle Associazioni o Cooperative abilitate, è necessario che sia indicato nella documentazione di spesa il numero di iscrizione al Collegio Professionale.

Tariffario

Assistenza domiciliare

Visite mediche specialistiche (massimo una al mese). Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 120,00 per ogni visita

Prestazioni infermieristiche diurne (massimo 10 ore giornaliere). Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 15,00 ad ora

Prestazioni infermieristiche notturne (massimo 10 ore a notte). Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 10,00 ad ora

Terapie della riabilitazione. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 6.000,00 ogni 12 mesi (anno solare)

Prestazioni specialistiche, le indagini strumentali e di laboratorio. Contributo dell'80% fino ad un massimo erogabile di Euro 200,00 a prestazione

b. Assistenza domiciliare od ospedaliera per eventi morbosi acuti

In presenza di eventi morbosi acuti e per un periodo di tempo limitato a 90 giorni complessivi all'anno (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*), ASSILT eroga contributi per l'assistenza infermieristica sia ospedaliera che domiciliare, previo parere favorevole della Linea Sanitaria.

Per ottenere la prevista autorizzazione, il socio dovrà presentare idonea documentazione medica che attesti la necessità dell'assistenza in relazione alla gravità dello stato dell'infermo (ha validità 3 mesi).

Il contributo riconosciuto è pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di euro 15,00 l'ora e Euro 105,00 al giorno (massimo 7 ore).

Per i relativi rimborsi si richiede la documentazione di spesa rilasciata dall'infermiere professionale con l'indicazione del numero di iscrizione al Collegio professionale, o da Cooperative o Associazioni abilitate che impiegano infermieri professionali. Nella documentazione di spesa dovranno essere indicate le prestazioni effettuate, il numero dei giorni e delle ore giornaliere.

In caso di ricovero ospedaliero, ASSILT riconosce un contributo per il solo pernottamento di un familiare

accompagnatore pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno.

L'erogazione del contributo è subordinato alla valutazione da parte della Linea Sanitaria della documentazione medica che attesti la necessità dell'assistenza di un familiare.

In caso di soci di età inferiore a 14 anni, qualora l'assistenza sia data dai genitori, è sufficiente il certificato di ricovero ed il contributo riconosciuto per il solo pernottamento di entrambi è pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 100,00 al giorno.

Tariffario

Assistenza domiciliare od ospedaliera

Assistenza infermieristica (massimo 7 ore giornaliere). Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 15,00 ad ora

Assistenza di familiare in caso di ricovero (pernottamento). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Assistenza di familiare in caso di ricovero (pernottamento di entrambi i genitori). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Punto 2. Ricoveri post-acuti e cronici

a. Ricoveri post acuti

ASSILT per le cure successive ad un periodo di ricovero ordinario (esclusi Day Hospital) su proposta del medico curante che ha validità 3 mesi, e previo parere favorevole della Linea Sanitaria, riconosce un contributo per le spese relative al ricovero presso strutture sanitarie abilitate (Ospedali, Case di cura o Centri di riabilitazione) per un periodo massimo di 45 giorni per ogni evento di ricovero ordinario.

Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 giornalieri.

La documentazione richiesta per ogni caso di ricovero è la seguente:

- cartella clinica del ricovero ordinario o relazione di dimissione da dove si evinca la necessità di ulteriori cure presso strutture sanitarie;
- dettagliata documentazione di spesa rilasciata dalla struttura sanitaria.

Sono esclusi da ogni contributo le spese per i ricoveri presso centri aventi caratteristiche di "Soggiorno", "Case di Riposo", "Medical-Hotel".

Tariffario

Ricoveri post acuti (massimo 45 giorni per ogni ricovero). Contributo del 75% della spesa fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 75,00 al giorno

b. Ricoveri per patologie croniche

ASSILT per le cure necessarie in caso di ricovero per patologie croniche con perdita dell'autosufficienza, su proposta del medico curante che ha validità 12 mesi, previo parere favorevole della Linea Sanitaria,

PARTE II – PRESTAZIONI SANITARIE

riconosce un contributo per le spese relative al ricovero presso strutture sanitarie abilitate per un periodo massimo di 180 giorni annui (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 giornalieri.

La documentazione richiesta per ogni caso di ricovero è la seguente:

- relazione dettagliata con certificazione della patologia e l'indicazione del livello di non autosufficienza;
- dettagliata documentazione di spesa rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero;

Sono esclusi da ogni contributo spese i ricoveri presso centri aventi caratteristiche di "Soggiorno", "Case di Riposo" "Medical-Hotel".

Tariffario

Ricoveri per patologie croniche (massimo 180 giorni annui – temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 75,00 al giorno

c. Ricoveri presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

ASSILT ai soci con non autosufficienza grave, invalidità riconosciuta del 100% e con indennità di accompagnamento, eroga contributi per i ricoveri presso le strutture residenziali extra ospedaliere finalizzate a fornire prestazioni sanitarie, di recupero e trattamenti riabilitativi (RSA).

La documentazione richiesta per ogni caso di ricovero è la seguente:

- relazione dettagliata con certificazione della patologia e l'indicazione del livello di non autosufficienza che ha validità 24 mesi;
- documentazione attestante l'invalidità totale con assegno di accompagnamento;
- dettagliata documentazione di spesa rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero.

Il contributo è pari al 40% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 6.000,00 ogni 12 mesi (anno solare).

Tariffario

Ricoveri presso RSA. Contributo del 40% della spesa fino ad un massimo di Euro 6.000,00 ogni 12 mesi (anno solare)

Punto 3. Prestazioni riabilitative ed assistenza ai portatori di disabilità

a. Assistenza ai portatori di disabilità

Per le prestazioni riabilitative ai portatori di disabilità con invalidità certificata di almeno l' 80% (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado "Grave"), la Linea Sanitaria in concorso con la Struttura Sanitaria richiedente le prestazioni (Aziende Ospedaliere, Ospedali, Medici specialisti di struttura pubblica), predispone un piano di cura secondo i bisogni del socio con disabilità, che viene periodicamente aggiornato.

Per le prestazioni riabilitative:

1. Esercizi di riabilitazione motoria,
2. Esercizi di riabilitazione motoria in acqua,
3. Riabilitazione per disturbi del linguaggio,

effettuate presso centri od operatori specializzati (Fisiatri, Fisioterapisti e Logopedisti), ASSILT eroga un contributo pari all'80% della spesa sostenuta su presentazione di regolare documentazione di spesa.

Nel caso in cui il socio debba eseguire le terapie riabilitative al di fuori del Comune di residenza, ASSILT previa autorizzazione della Linea Sanitaria riconoscerà i contributi per le eventuali spese di viaggio e pernottamento (*vedi articolo 11 - Punto 17. Spese viaggio e Punto 18. Spese di pernottamento*).

La Linea Sanitaria valuterà la necessità di autorizzare le spese di viaggio e pernottamento anche per un eventuale accompagnatore (due accompagnatori per soci di età inferiore ai 14 anni).

Tariffario

Esercizi di riabilitazione motoria. Contributo dell'80% della spesa sostenuta

Esercizi di riabilitazione motoria in acqua. Contributo dell'80% della spesa sostenuta

Riabilitazione per disturbi del linguaggio. Contributo dell'80% della spesa sostenuta

Viaggio assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Viaggio accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Pernottamento assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

b. Psicoterapia ai portatori di disabilità

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo per la psicoterapia (individuale e/o di gruppo) ai portatori di disabilità con invalidità certificata dell'80% (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado "Grave"), pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 35,00 a seduta per un massimo di 50 sedute ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*).

La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- prescrizione rilasciata da struttura di Neurologia – Neuropsichiatria pubblica/accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere, Azienda Unità Sanitarie Locali e Ospedali Accreditati) o in attività intramoenia.
- ricevuta di spesa rilasciata da professionisti iscritti nell'Elenco degli Psicoterapeuti.

c. Terapia cognitivo – comportamentale e psicomotricità

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo per la terapia cognitivo - com-

portamentale (ABA e psicomotricità) ai portatori di disabilità con invalidità certificata del 100% (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado “Grave”), pari all’80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 8.000,00 Euro ogni anno (anno solare).

La Linea Sanitaria in concorso con la Struttura Sanitaria richiedente le prestazioni (Aziende Ospedaliere, Ospedali, Medici specialisti di struttura pubblica), predispose un piano di cura secondo i bisogni del socio portatore di disabilità, che viene periodicamente aggiornato.

La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- prescrizione rilasciata da struttura pubblica/accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere, Azienda Unità Sanitarie Locali e Ospedali Accreditati) o in attività intramoenia.
- ricevuta di spesa rilasciata da Psicoterapeuti (Psicologi o laureati in Medicina e Chirurgia iscritti nell’Elenco degli Psicoterapeuti dell’Ordine regionale di appartenenza), Psicologi, Psicologi clinici, Psicoterapisti ad indirizzo cognitivo comportamentale, Psicomotricisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità in età evolutiva, Tecnici ABA, Pedagogisti, Terapisti occupazionali, Terapisti di riabilitazione psichiatrica, Analisti comportamentali ed Educatori professionali.

d. Strutture di accoglienza

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo per la permanenza e frequenza di strutture di accoglienza o dei soggiorni diurni-semiresidenziali regolarmente autorizzate dalle ASL, ai portatori di disabilità con invalidità certificata del 100% (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado “Grave”).

Il contributo è pari all’80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 3.000,00 ogni anno (anno solare).

La Linea Sanitaria in concorso con la Struttura Sanitaria richiedente le prestazioni (Aziende Ospedaliere, Ospedali, Medici specialisti di struttura pubblica), predispose un piano di cura secondo i bisogni di mantenere o migliorare le capacità funzionali, comportamentali, cognitive, affettive e relazionali del socio portatore di disabilità, che viene periodicamente aggiornato.

La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- prescrizione rilasciata da struttura pubblica/accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere, Azienda Unità Sanitarie Locali e Ospedali Accreditati) o in attività intramoenia;
- dettagliata ricevuta di spesa.

e. Terapie non convenzionali

ASSILT, previo parere favorevole della Linea Sanitaria, riconosce contributi per le terapie non convenzionali (ippoterapia, musicoterapia, ecc.) che affiancate alle terapie tradizionali sono di stimolo ai portatori di disabilità con invalidità totale del 100% certificata (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado “Grave”).

Il contributo è pari al 65% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 3.000,00 ogni anno (anno solare).

La documentazione richiesta è la seguente:

- documentazione attestante l'invalidità totale;
- indicazione dei trattamenti consigliati da parte di strutture sanitarie pubbliche (Aziende Ospedaliere, Ospedali, Medici specialisti di struttura pubblica);
- dettagliata documentazione di spesa.

Tariffario

Psicoterapia ai portatori di disabilità. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 35,00 a seduta per un massimo di 50 sedute ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Terapia cognitivo - comportamentale. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 8.000,00 annui (anno solare).

Strutture di accoglienza (permanenza e frequenza). Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di Euro 3.000,00 annui (anno solare).

Trattamenti riabilitativi non convenzionali. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 3.000,00 annui (anno solare)

Punto 4. Visite mediche specialistiche di Alta Consulenza

ASSILT, previo parere favorevole della Linea Sanitaria riconosce, in caso di dubbi diagnostici o per dirimere dubbi sulle necessità effettive di un intervento terapeutico e/o chirurgico, e comunque dopo aver eseguito per la stessa patologia altre visite mediche specialistiche, un contributo per le visite di Alta Consulenza:

- su dettagliata richiesta di un medico specialista o del medico curante;
- su indicazione del Consulente Sanitario Interregionale.

Il contributo previsto per la visita medica specialistica e le prestazioni necessarie al completamento del quadro clinico - diagnostico è pari al 75% delle spese sostenute.

Tariffario

Prestazioni conseguenti alla visita. Contributo del 75% della spesa sostenuta

Tutte le tipologie di visita medica specialistica di Alta consulenza. Contributo del 75% della spesa sostenuta

Elenco delle specializzazioni

Allergologia e Immunologia clinica, Anatomia patologica, Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Cardiologia, Cardiocirurgia, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Dermatologia e Venereologia, Ematologia, Endocrinologia e malattie del ricambio, Gastroenterologia, Genetica medica, Geriatria, Ginecologia ed Ostetricia, Infettivologia, Medicina tropicale, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina interna, Medicina nucleare, Nefrologia, Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria infantile, Neurochirurgia, Oculistica, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Pediatria, Pneumologia, Psicologia clinica, Psichiatria, Radioterapia, Reumatologia, Scienza dell'alimentazione, Urologia

Punto 5. Visite mediche specialistiche oltre la quarta

ASSILT in caso di particolari patologie, previo parere favorevole della Linea Sanitaria, riconoscerà contributi per ulteriori visite oltre le quattro previste (*vedi articolo 10 - Punto 9. Visite Mediche Specialistiche*).

Il riconoscimento dei contributi sopra descritti è subordinato alla presentazione della dettagliata certificazione medica e della relativa documentazione di spesa.

Tariffario

Visita medica specialistica ambulatoriale oltre la quarta. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00

Visita medica specialistica domiciliare oltre la quarta. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00

Prestazioni specialistiche effettuate nel corso della visita specialistica e non fatturate analiticamente. Contributo del 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo erogabile di Euro 250,00

Elenco delle specializzazioni

Allergologia e Immunologia clinica, Anatomia patologica, Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Cardiologia, Cardiocirurgia, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Dermatologia e Venereologia, Ematologia, Endocrinologia e malattie del ricambio, Gastroenterologia, Genetica medica, Geriatria, Ginecologia ed Ostetricia, Infettivologia, Medicina tropicale, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina interna, Medicina nucleare, Nefrologia, Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria infantile, Neurochirurgia, Oculistica, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Pediatria, Pneumologia, Psicologia clinica, Psichiatria, Radioterapia, Reumatologia, Scienza dell'alimentazione, Urologia

Punto 6. Interventi chirurgici di Alta qualifica

In caso di interventi chirurgici di particolare interesse sanitario per i quali occorra il ricorso ad operatori e strutture super specializzate e di alta qualifica, anche estere, ASSILT eroga un contributo pari all'80% della spesa sostenuta per l'intervento, la degenza, i relativi accertamenti e le terapie necessarie per l'intero ricovero.

L'erogazione dei contributi avverrà previo parere favorevole della Linea Sanitaria, sentito il parere del Consulente Sanitario Nazionale per le valutazioni di merito, ed in relazione con il Delegato competente.

Per i soli Soci Lavoratori e loro familiari beneficiari, qualora le spese da sostenere nel loro complesso risultassero superiori ad Euro 800,00, se richiesto dal socio, ASSILT potrà concedere un anticipo.

Nei casi per i quali è stato espresso parere positivo da parte della Linea Sanitaria sono erogabili anche contributi per le spese documentate di viaggio dell'interessato secondo i limiti e le modalità indicate al paragrafo spese viaggio (*vedi articolo 11 - Punto 17. Spese viaggio*).

Se ritenuto indispensabile dalla Linea Sanitaria potranno essere concessi contributi per le spese documentate di viaggio e pernottamento sostenute anche per un accompagnatore (due accompagnatori se si tratta di un socio di età inferiore ai 14 anni).

Il Consiglio di Amministrazione verrà comunque periodicamente informato dei casi autorizzati di interventi chirurgici di particolare natura per i quali occorra il ricorso ad operatori e strutture super specializzate e di alta qualifica.

Tariffario

Contributo per ricovero assistito, intervento, accertamenti e terapia. Contributo dell'80% della spesa sostenuta

Pernottamento assistito (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Pernottamento assistito (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Viaggio assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Viaggio accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Punto 8. Terapie in pazienti oncologici

ASSILT, su presentazione da parte del Socio di una "relazione clinica" rilasciata dalla struttura di ricovero o dal medico specialista e di una dettagliata documentazione di spesa riguardante le terapie eseguite eroga, contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria - in base ai seguenti limiti:

- 80% della spesa per le terapie radianti, l'ipertermia e per l'eventuale visita medica specialistica necessaria a valutare le modalità di effettuazione di tali terapie eseguita da un Radioterapista Oncologo;
- 80% della spesa per i farmaci antiblastici, antiemetici, antidolorifici e farmaci necessari durante il trattamento;
- 60% della spesa per gli integratori o prodotti alimentari acquistati presso farmacie o parafarmacie o rivendite autorizzate;
- 80% della spesa per l'équipe sanitaria;
- 80% della spesa relativa al materiale (cateteri impiantabili, pompe peristaltiche, ecc.);
- 60% della spesa relativa ai costi di struttura (ambulatorio chirurgico, sala operatoria, degenza, ecc.).

Nel caso in cui il socio debba effettuare le prestazioni oncologiche e/o antalgiche al di fuori del Comune di residenza ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, riconoscerà i contributi per le eventuali spese di viaggio e pernottamento (*vedi articolo 11 - Punto 17. Spese viaggio e Punto 18. Pernottamento*).

La Linea sanitaria valuterà la necessità di autorizzare le spese di viaggio e pernottamento anche per un eventuale accompagnatore (due accompagnatori per soci di età inferiore ai 14 anni).

Tariffario

Terapie radianti e ipertermia. Contributo dell' 80% della spesa sostenuta

Visita medica Radioterapista oncologo che precede la Terapia radiante o l'ipertermia. Contributo dell'80% della spesa sostenuta

Farmaci antiblastici, antiemetici, antidolorifici e qualsiasi altro farmaco si rendesse necessario durante il trattamento. Contributo dell' 80% della spesa sostenuta

Integratori o prodotti alimentari. Contributo del 60% della spesa sostenuta

Equipe sanitaria. Contributo dell' 80% della spesa sostenuta

Materiali (cateteri impiantabili, pompe peristaltiche). Contributo dell'80% della spesa sostenuta

Costi di struttura (ambulatorio chirurgico, sala operatoria, degenza). Contributo del 60% della spesa sostenuta

Spese viaggio assistito. Contributo del 75% della spesa fino al limite concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Spese viaggio accompagnatore. Contributo del 75% della spesa fino al limite concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Pernottamento assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Punto 9. Psicoterapia

a. Psicoterapia

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo per la psicoterapia (individuale e /o di gruppo) pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 35,00 per ogni seduta per un massimo 50 sedute annue (temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*) e per un massimo di due anni consecutivi.

La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- certificazione rilasciata da un professionista della terapia psicologica di struttura pubblica/accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere, Azienda Unità Sanitarie Locali e Ospedali Accreditati) o in attività intramoenia. La prescrizione medica ha validità 12 mesi.

In regime intramoenia, nel caso in cui la prescrizione del medico specialista sia redatta su carta intestata del medico stesso anziché su quella della struttura pubblica o accreditata, il socio per ottenere i contributi previsti dovrà contestualmente presentare la ricevuta della visita specialistica e la prescrizione della terapia necessaria;

- ricevuta di spesa rilasciata da professionisti iscritti nell'Elenco degli Psicoterapeuti.

Terminato il primo anno di cura, al fine di ottenere l'autorizzazione al proseguimento per il secondo anno, dovrà essere fornita alla Linea Sanitaria di riferimento una relazione redatta dal terapeuta riportante le informazioni sull'andamento del trattamento e l'indicazione a proseguire la cura. Per questi casi, allo scopo di monitorare la terapia, ASSILT può disporre una visita di accertamento neuropsichiatrico presso strutture sanitarie pubbliche dalla stessa individuate.

Trascorso il secondo anno di cura non potranno essere erogati dall'ASSILT ulteriori contributi, se non trascorsi almeno tre anni dall'ultimo contributo erogato.

Tariffario

Psicoterapia individuale e /o di gruppo I anno (massimo 50 sedute ogni 12 mesi – temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) e II anno (massimo 50 sedute ogni 12 mesi – temporizzazione mobile - vedi Articolo 6). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 35,00 a seduta

b. Rieducazione disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi comportamentali

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 25,00 per ogni seduta (massimo 100 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*) per i percorsi terapeutici necessari ai soci con disturbi specifici dell'apprendimento o disturbi comportamentali.

La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- *piano terapeutico* (ha validità 12 mesi) rilasciato:
 - a) da professionisti sanitari o medici di una struttura sanitaria pubblica di Neurologia, di Neuropsichiatria, di Neuropsicologia, da Psicologi dei Dipartimenti di Salute Mentale del Servizio Sanitario Nazionale;
 - b) da centri accreditati per rilascio certificati disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
- *dettagliata ricevuta di spesa* rilasciata da professionisti specialisti nei *disturbi specifici dell'apprendimento* quali Psicologo, Psichiatra, Psicomotricista, Pedagogista clinico e Logopedista;
- *dettagliata ricevuta di spesa* rilasciata da professionisti specialisti nei *disturbi comportamentali* quali Psicologo, Psichiatra, Psicomotricista, Pedagogista clinico, Terapista della Neuro e Psicomotricità, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.

Tariffario

Percorsi terapeutici. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 25,00 per ogni seduta (massimo 100 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi Articolo 6*)

Punto 10. Odontoiatria – Casi di particolare interesse sanitario

a. Gravi patologie Oro-dentali

Nel caso di particolari *patologie sistemiche* (neoplasie maligne tessuti orali, lingua, testa, collo; gravi stati di compromissione dell'autonomia motoria derivanti da patologie neuronali e vascolari) o nel caso di gravi *patologie malformative genetiche o congenite* del distretto oro-maxillo-facciale, previa valutazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico in collaborazione con la Linea Sanitaria di riferimento, il Consiglio di Amministrazione potrà concedere quanto segue:

- un incremento dei contributi previsti in Odontoiatria, pari al 50% dei contributi stessi;
- superamento dei limiti temporali previsti;

PARTE II – PRESTAZIONI SANITARIE

- superamento dei limiti di età presenti per le prestazioni di parodontologia;
- superamento del plafond massimo di spesa previsto in via ordinaria.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico sono:

- dettagliata certificazione di un medico specialista di struttura pubblica che certifichi la patologia o copia della cartella clinica;
- relazione dell'odontoiatra e dettagliato piano di cura;
- idonea documentazione diagnostica (radiografie, fotografie cliniche intraorali od extraorali).

Il Consiglio di Amministrazione verrà comunque periodicamente informato dei casi autorizzati.

Tariffario

Maggiorazione per grave patologia oro dentale del 50% del contributo riconosciuto

Maggiorazione per grave patologia oro dentale - superamento del plafond massimo concedibile

Maggiorazione per grave patologia oro dentale - superamento dei limiti temporali previsti

Maggiorazione per grave patologia oro dentale - superamento dei limiti di età per la parodontologia

b. Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro

A conclusione dei lavori, previa valutazione della Linea Sanitaria e autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico, il limite dei 7 anni per il rinnovo della protesi non sarà considerato nei seguenti:

- sopravvenuta edentulia totale dell'arcata interessata;
- perdita di uno degli elementi naturali pilastro o di ancoraggio della protesi.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione sono:

- dettagliata certificazione dell'odontoiatra;
- dettagliato piano di cura;
- idonea documentazione diagnostica (radiografica o simile).

c. Chirurgia maxillo-facciale

ASSILT, unicamente nei casi di *gravi patologie malformative congenite, genetiche o in caso di gravi traumi del massiccio facciale tipo LeFort1, LeFort2, LeFort3*, con interessamento del distretto maxillo-facciale, eroga contributi previa autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico in collaborazione con la Linea Sanitaria di riferimento.

I contributi previsti sono gli stessi indicati *all'articolo 10 - Punto 24) Interventi chirurgici in regime privato*.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione sono:

- dettagliata certificazione del chirurgo maxillo-facciale
- dettagliato piano di cura
- idonea documentazione diagnostica (radiografica o simile).

Per gli interventi di chirurgia maxillo-facciale non sono erogabili contributi a titolo di erogazione straordinaria.

Tariffario

Equipe chirurgica. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino al massimo di Euro 4.000,00 concedibili
 Sala operatoria. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino al massimo di Euro 1.000,00 concedibili
 Degenza per *comfort alberghiero*. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino al massimo di Euro 1.000,00 concedibili
 Degenza per *diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino al massimo di Euro 1.000,00 concedibili

d. Trattamenti ortodontici pre-protetici

Nel caso di trattamento ortodontico pre-protetico a soci per i quali siano già stati riconosciuti contributi per un intero ciclo di terapia attiva, potranno essere erogati nuovi contributi previa valutazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico, in collaborazione con la Linea Sanitaria di riferimento.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico sono:

- relazione dell'odontoiatra e dettagliato piano di cura del trattamento ortodontico e di quello protetico;
- idonea documentazione diagnostica (radiografica o simile).

Il Consiglio di Amministrazione verrà comunque periodicamente informato dei casi autorizzati.

e. Nuovi periodi di cura ortodontica

Nel caso di particolari patologie sistemiche, gravi patologie genetiche, congenite, traumi del distretto oro-maxillo-facciale, a soci per i quali siano già stati riconosciuti contributi per un intero ciclo di terapia attiva, previa valutazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico, potranno essere riconosciuti nuovi contributi per un ciclo di trattamento ortodontico attivo.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico sono:

- dettagliata certificazione di un medico specialista di struttura pubblica che certifichi la patologia o copia della cartella clinica;
- dettagliata certificazione dell'odontoiatra;
- idonea documentazione diagnostica (radiografica o simile).

Il Consiglio di Amministrazione verrà comunque periodicamente informato dei casi autorizzati.

Tariffario

Trattamenti ortodontici pre-protetici: stessi contributi previsti all'Articolo 10 - Punto 1 "Cure odontoiatriche e ortodontiche"
 Nuovi periodi di cura attiva: stessi contributi previsti all'Articolo 10 - Punto 1 "Cure odontoiatriche e ortodontiche"

Punto 11. Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario

a. Norme generali

ASSILT, ai soci affetti da patologie oculari sottoposti ad intervento chirurgico (cataratta, cheratoplastica, distacco di retina) o a seguito di un trauma, con variazioni della correzione visiva che necessitano di nuovi occhiali da vista prima dei limiti temporali previsti, potranno essere riconosciuti ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria al fine della valutazione è la seguente:

- relazione del medico oculista che attesti il motivo della variazione del difetto visivo;
- prescrizione del medico oculista della nuova protesi con l'indicazione del difetto visivo.

Per il riconoscimento di nuovi contributi la documentazione sanitaria e di spesa da presentare è la stessa indicata per la fornitura di occhiali e lenti a contatto (*vedi articolo 10 – Punto 2. Occhiali e lenti a contatto*).

Tariffario occhiali da vista con autorizzazione

Monofocali

Montatura e lenti per lontano o a permanenza. Contributo dell' 80% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 175,00

Montatura e lenti per vicino. Contributo dell' 80% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 175,00

Montatura e lenti al titanio (per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro) 80% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 180,00

Montatura e lenti al lantanio (per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro) 80% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 350,00

Bifocali - Multifocali/progressive

Montatura e lenti bifocali, multifocali o progressive 80% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 350,00

Lenti per afachici

Montatura e lenti per afachici 80% della spesa fino ad un contributo massimo di Euro 350,00

b. Lenti a contatto speciali

ASSILT eroga il contributo per lenti a contatto speciali per le seguenti patologie debitamente certificate.

Lenti a contatto per affetti da cheratocono

ASSILT, per i Soci affetti da cheratocono - documentato con esame topografico con indice diagnostico specifico - su presentazione della prescrizione del medico oculista nonché della documentazione di spesa rilasciata dall'ottico, riconosce ogni sei mesi il contributo pari al 60% della spesa sostenuta per un contributo massimo di Euro 170,00 per ogni lente acquistata (massimo due lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Lenti a contatto protettive o occlusorie

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga contributi per le lenti a contatto utilizzate a

scopo terapeutico-protettivo (cheratopatie bollose, ecc.) o occlusorie (ambliopie, diplopie da deficit muscolari acquisiti, ecc.) prescritte da un medico oculista.

Il contributo erogabile ogni sei mesi è pari al 60% della spesa sostenuta per un contributo massimo di Euro 60,00 per ogni lente acquistata (massimo due lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Tariffario lenti a contatto speciali

Lente a contatto per cheratocono, protettive, occlusorie

Lente per cheratocono. Contributo del 60% della spesa sostenuta per un contributo massimo di Euro 170,00 (massimo due lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6).

Lente protettive o occlusorie. Contributo del 60% della spesa sostenuta per un contributo massimo di Euro 60,00 - (massimo 2 lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Punto 12. Riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco

ASSILT contribuisce alle spese sostenute dai soci per la riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco previa valutazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- prescrizione del medico curante o di una struttura del sanitaria pubblica con l'indicazione del ciclo terapeutico;
- dettagliata documentazione di spesa.

I contributi previsti per le cure riabilitative sono pari all'80% delle spese sostenute fino ad un massimo di Euro 9.600,00 ogni 12 mesi (anno solare).

Su esplicita richiesta della struttura riabilitativa, ai fini del completamento del trattamento terapeutico, ASSILT riconoscerà, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, le spese di viaggio e di pernottamento per 2 familiari (possibilmente genitori) per un massimo di due volte al mese.

Tali spese saranno riconosciute nel caso in cui la struttura riabilitativa si trovasse al di fuori del Comune di residenza secondo quanto previsto al *Punto 17. Spese viaggio* e *Punto 18. Spese pernottamento*.

Tariffario

Riabilitazione da dipendenze da droghe. Contributo dell'80% della spesa fino ad un massimo di Euro 9.600,00 ogni 12 mesi (anno solare)

Riabilitazione da dipendenze da alcool. Contributo dell'80% della spesa fino ad un massimo di Euro 9.600,00 ogni 12 mesi (anno solare)

Riabilitazione da dipendenze da gioco. Contributo dell'80% della spesa fino ad un massimo di Euro 9.600,00 ogni 12 mesi (anno solare)

Viaggio assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Viaggio accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Pernottamento assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Punto 13. Alimenti specifici per gravi patologie

a. Prodotti dietetici per specifiche patologie (leucinosi e mucoviscidosi)

Per quanto non erogabile dal S.S.N. e nel caso di specifiche patologie (*leucinosi e mucoviscidosi*), ASSILT eroga un contributo pari all'80% della spesa sostenuta e documentata per l'acquisto, anche on line, presso farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate di prodotti dietetici specifici.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- certificazione della patologia redatta da struttura pubblica che ha validità di 24 mesi;
- fattura o “scontrino fiscale parlante” rilasciati da farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

Tariffario

Prodotti dietetici per specifiche patologie. Contributo dell' 80% della spesa sostenuta

b. Latte ipoallergenico

ASSILT eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta per l'acquisto, di latte ipoallergenico presso farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate, necessario all'alimentazione nei primi 24 mesi di vita di soci affetti da intolleranza al lattosio.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- certificazione della patologia redatta da struttura pubblica;
- fattura o “scontrino fiscale parlante” rilasciati da farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

Tariffario

Latte ipoallergenico. Contributo del 75% della spesa sostenuta (fino a 24 mesi di vita)

c. Prodotti dietetici aproteici

Per quanto non erogabile dal S.S.N., ASSILT eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta per

l'acquisto, di prodotti aproteici presso farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate, necessario all'alimentazione di soci affetti da insufficienza renale cronica.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- certificazione della patologia e del trattamento dialitico in atto redatta da struttura pubblica che ha validità di 24 mesi;
- fattura o “scontrino fiscale parlante” rilasciati da farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

Tariffario

Prodotti dietetici aproteici. Contributo del 75% della spesa sostenuta

d. Prodotti dietetici privi di glutine

Ad integrazione di quanto già fornito dal S.S.N., ASSILT riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 250,00 erogabile ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) per l'acquisto, di prodotti alimentari privi di glutine necessari all'alimentazione di soci affetti da morbo celiaco certificato da un medico specialista di struttura pubblica.

ASSILT riconosce al fine dell'erogazione del contributo i seguenti esercizi commerciali autorizzati alla vendita: farmacie, parafarmacie e punti commerciali specializzati autorizzati all'erogazione di tali prodotti.

E' essenziale che dalla documentazione di spesa si evinca l'acquisto di un prodotto privo di glutine.

La documentazione necessaria è la seguente:

- certificazione della patologia e indicazione dell' importo riconosciuto dal S.S.N. per l'acquisto mensile dei prodotti alimentari;
- dettagliata fattura o “scontrino fiscale parlante”.

Tariffario

Prodotti dietetici privi di glutine. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 250,00 erogabile ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6)

Punto 14. Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori

a. Ventilatori per la respirazione assistita

Per quanto non erogabile dal S.S.N., ASSILT eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta per l'acquisto o l'affitto, presso rivendite specializzate e legalmente autorizzate, di ventilatori (inclusi gli accessori) per la respirazione assistita e nei seguenti casi:

- sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- malattie neuro-muscolari

- broncopneumopatie croniche ostruttive con insufficienza respiratoria
- ipoventilazione da obesità
- apnee notturne (OSAS)

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- certificazione della patologia e della prescrizione redatta da un medico specialista di una struttura pubblica/accreditata o in attività intramoenia (ha validità di 12 mesi);
- documentazione di spesa (fattura o “scontrino fiscale parlante”).

Tariffario

Acquisto ventilatori per la respirazione assistita (inclusi gli accessori). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 900,00

Affitto ventilatori per la respirazione assistita. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 200,00 mensili

b. Apparecchi nebulizzatori

ASSILT eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 60,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - vedi Articolo 6) per l'acquisto, presso rivendite specializzate e legalmente autorizzate, di apparecchi nebulizzatori nei seguenti casi:

- broncopneumopatie respiratorie croniche ostruttive con insufficienza respiratoria;
- asma allergico.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- certificazione della patologia e della prescrizione redatta da un medico specialista di una struttura pubblica/accreditata o in attività intramoenia che ha validità di 12 mesi;
- documentazione di spesa, fattura o “scontrino fiscale parlante”, rilasciata da farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

Tariffario

Apparecchio nebulizzatori. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 60,00 ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - vedi Articolo 6

Punto 15. Altre terapie riabilitative

a. Fisioterapia

In caso di gravi e rilevanti patologie croniche del sistema nervoso, osteo-articolare, cardiaco e respiratorio con deficit di mobilità, opportunamente documentate con certificazione medica ed esami

diagnostici, ASSILT riconosce ulteriori contributi per le prestazioni di terapia fisica e riabilitativa oltre le 20 sedute massime concedibili annualmente (*vedi Art.10 - Punto 11.Terapie fisiche*). Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

Oltre alla documentazione sanitaria attestante la grave patologia, occorre presentare alla Linea Sanitaria la prescrizione di un medico specialista di struttura pubblica con l'indicazione del piano di cura consigliato e la motivazione, assieme ad idonea documentazione diagnostico/strumentale comprovante l'effettiva necessità.

La documentazione necessaria per l'autorizzazione è la seguente:

- certificazione della patologia redatta da un medico specialista di una struttura pubblica/accreditata e relativi esami diagnostici;
- dettagliata prescrizione della terapia fisica necessaria redatta da un medico specialista di una struttura pubblica/accreditata o in attività intramoenia;
- referto di indagini diagnostico/strumentali preventivamente eseguite relative il motivo per cui si richiedono cure fisioterapiche.

La Linea Sanitaria potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria prima di concedere la relativa autorizzazione.

Le prestazioni riabilitative devono essere effettuate da:

Medici specialisti sopra elencati, fisiokinesiterapisti o figure equipollenti riconosciute dal Ministero della Salute (Terapisti della riabilitazione, Tecnici fisioterapisti della riabilitazione, Terapisti della riabilitazione dell'apparato motorio e Massofisioterapisti).

Nell'ambito delle patologie neuro-motorie, cognitive, dell'apprendimento e del linguaggio le prestazioni potranno essere effettuate anche da *Laureati in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (da 0 a 18 anni di età)*.

La documentazione di spesa, dettagliata per prestazione, deve essere emessa da professionisti o strutture abilitate (*vedi articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale*).

Tariffario (con autorizzazione della Linea Sanitaria)

Massoterapia distrettuale riflessogeno, massaggio riflessogeno, pressoterapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta.

Chinesiterapia attiva, passiva manuale, ginnastica correttiva. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta

Mobilizzazione della colonna vertebrale, manipolazione o trazione di altre articolazioni. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta

Rieducazione neuromotoria individuale o di gruppo. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

Ginnastica riabilitativa isocinetica per la riabilitazione muscolare. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta

Esercizi posturali individuali o collettivi. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 20,00 per seduta

Esercizi assistiti in acqua - sedute collettive o individuali. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

T.E.N.S.. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta.
 Magnetoterapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta.
 Terapia Diamagnetica. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta.
 Ionoforesi. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 10,00 per seduta
 Ultrasuoni. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 8,00 per seduta
 Elettrostimolazione ad impulsi regolari (diadinamica). Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 12,00 per seduta
 Infrarossi, ultravioletti, infrasuoni, sonoforesi. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 10,00 per seduta
 Radarterapia, elettroterapia, elettrosonoterapia, idromassoterapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 10,00 per seduta
 Drenaggio linfatico manuale . Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

b. Tecar terapia

In caso di gravi e rilevanti patologie croniche, opportunamente documentate con certificazione medica ed esami diagnostici, ASSILT riconosce ulteriori contributi per le prestazioni di tecar terapia oltre le 10 sedute massime concedibili annualmente. Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

Per la prescrizione e l'effettuazione delle terapie vale quanto indicato al punto *a. Fisioterapia*.

Tariffario

Tecar terapia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 40,00 per seduta

c. Terapie a scopo antalgico

In caso di gravi e rilevanti patologie croniche, opportunamente documentate con certificazione medica ed esami diagnostici, ASSILT riconosce ulteriori contributi per le prestazioni di terapia a scopo antalgico oltre le 10 sedute massime concedibili annualmente. Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

Per la prescrizione e l'effettuazione delle terapie vale quanto indicato al punto *a. Fisioterapia*.

Tariffario

Laser stimolazione a scopo antalgico. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

Mesoterapia a scopo antalgico. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 15,00 per seduta

Terapia ad onde d'urto a scopo antalgico. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 50,00 per seduta

e. Rieducazione neuromotoria domiciliare

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 25,00 a seduta in caso di rieducazione motoria domiciliare prescritta da medico specialista in Ortopedia, Fisiatria, Anestesia e Rianimazione - Algologia, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

Le prestazioni riabilitative devono essere effettuate da:

Medici specialisti sopra elencati, fisiokinesiterapisti o figure equipollenti riconosciute dal Ministero della Salute (Terapisti della riabilitazione, Tecnici fisioterapisti della riabilitazione, Terapisti della riabilitazione dell'apparato motorio e Massofisioterapisti).

Nell'ambito delle patologie neuro-motorie, cognitive, dell'apprendimento e del linguaggio le prestazioni potranno essere effettuate anche da *Laureati in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (da 0 a 18 anni di età)*.

La documentazione di spesa, dettagliata per prestazione, deve essere emessa da professionisti o strutture abilitate (*vedi articolo 7 - Documentazione sanitaria e fiscale*).

Tariffario

Rieducazione neuromotoria domiciliare. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 25,00 a seduta

f. Apparecchio magnetoterapia

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta per l'affitto dell'apparecchio per Magnetoterapia fino ad un massimo di Euro 350,00 per l'intero ciclo di cura. Il contributo è erogabile anche nel caso di acquisto dell'apparecchio per Magnetoterapia.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- prescrizione del medico specialista in Ortopedia, Fisiatria, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia.
- documentazione di spesa rilasciata da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

Tariffario

Affitto apparecchio magnetoterapia. Contributo del 65% della spesa sostenuta per l'affitto dell'apparecchio fino ad un massimo di Euro 350,00 per l'intero ciclo di cura

g. Mobilizzazione passiva delle articolazioni

ASSILT eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 250,00 per

l'intero ciclo di cura, per l'affitto del dispositivo meccanico per la mobilitazione continua e passiva di un segmento articolare (CPM) in seguito ad intervento chirurgico.
Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

La documentazione necessaria è la seguente:

- prescrizione del medico specialista in Ortopedia, Fisiatria, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia;
- documentazione di spesa rilasciata da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

Tariffario

Mobilizzazione passiva delle articolazioni. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta per l'affitto del dispositivo fino ad un massimo di Euro 250,00 a fattura (intero ciclo di cura)

Punto 17. Spese viaggio

a. Spese di viaggio per tragitti superiori ai 100 chilometri

ASSILT, nel caso in cui il socio per effettuare le prestazioni autorizzate dalla Linea Sanitaria debba raggiungere una struttura la cui distanza dal domicilio sia di almeno 100 chilometri (totale tra andata e ritorno) eroga un contributo per le spese di viaggio effettuate con mezzi di pubblico trasporto oppure con l'utilizzo del mezzo proprio.

L'erogazione dei contributi previsti è subordinata alla preventiva autorizzazione della Linea Sanitaria che valuterà le condizioni fisiche del socio e la distanza da percorrere per raggiungere la struttura sanitaria di ricovero e/o cura, individuando il mezzo pubblico o privato più idoneo.

Eventuali motivate richieste di rimborso per percorsi inferiori ai 100 chilometri dovranno essere valutate in accordo con il Consulente Sanitario Nazionale.

Le spese di viaggio sostenute dovranno essere sempre documentate:

- certificazione da cui risulti presso quale struttura sanitaria sono state effettuate le prestazioni (con il nome del socio, la data e la località);
- documentazione fiscale delle prestazioni sanitarie ricevute;
- dichiarazione del socio attestante il percorso effettuato ed i relativi chilometri complessivi percorsi;

inoltre,

- i titoli di viaggio (aereo, treno, ecc.);
- le ricevute rilasciate dai gestori di distributori di carburante (non è sufficiente la sola evidenza della spesa via bancomat);
- le ricevute di pedaggio autostradale o fattura "Telepass" con l'indicazione del dettaglio dei viaggi.

Il contributo è pari al 75% delle spese documentate e verrà riconosciuto secondo i seguenti criteri:

- biglietto ferroviario per i viaggi effettuati nella stessa giornata con percorrenza inferiore ai 200 Km

complessivi; è previsto il rimborso anche del biglietto di 1° classe (esclusi quindi i posti executive, business presenti nei treni “Freccia” o equivalenti);

- vagone letto od aereo per distanze superiori ai 400 Km (incluso tragitto Roma - Bari).

In caso di utilizzo del mezzo proprio verrà riconosciuto un contributo pari al 75% delle spese documentate sopraindicate fino ad un importo massimo definito nel seguente modo:

- Euro 1,50 ogni 10 chilometri fino al massimo di chilometri specificatamente indicati nell’autorizzazione concessa dalla Linea Sanitaria. I chilometri saranno definiti utilizzando “google maps” partendo dal domicilio del socio alla struttura sanitaria e viceversa.

Le ricevute di spesa relative l’acquisto del carburante dovranno sempre coprire il rimborso che potrebbe essere erogato considerando i chilometri percorsi. In nessun caso sono erogabili contributi se non debitamente giustificati con idonea documentazione di spesa.

Le località relative alle spese di viaggio devono corrispondere al luogo e ai tempi di effettuazione delle prestazioni.

Non sono erogabili contributi per i pasti, il parcheggio dell’autovettura, le tasse di soggiorno e quanto non specificato in questo testo normativo.

Delle autorizzazioni concesse dalla Linea Sanitaria per le spese di viaggio mensilmente verrà informato il Delegato territorialmente competente, il Consulente Sanitario Nazionale e il Consiglio di Amministrazione.

b. Spese di viaggio per tragitti anche inferiori ai 100 chilometri

ASSILT per i Soci portatori di disabilità, in trattamento dialitico o in cura oncologica che utilizzano il mezzo proprio per il raggiungimento della struttura sanitaria curante, erogherà un contributo come sopra indicato anche per tragitti inferiori ai 100 chilometri, se autorizzati dalla Linea Sanitaria.

ASSILT per i Soci sottoposti a terapia riabilitativa per dipendenza da alcool e/o droghe presso le “Comunità terapeutiche” per i quali venga formulata esplicita richiesta della stessa Comunità dei familiari, ai fini del completamento del trattamento in atto, ASSILT erogherà un contributo per un massimo di 2 volte al mese come sopra indicato anche per tragitti inferiori ai 100 chilometri, se autorizzati dalla Linea Sanitaria.

Tariffario

Spese di viaggio per trattamento dialitico

Viaggio assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17.*

Spese viaggio)

Viaggio accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Punto 18. Spese di pernottamento

ASSILT, previa valutazione della Linea Sanitaria, per le seguenti prestazioni sanitarie:

- interventi chirurgici di alta qualifica,
- prestazioni riabilitative ai portatori di disabilità erogate da strutture specializzate,
- dialisi,
- cura chemioterapica o antalgica in pazienti oncologici,
- terapia riabilitativa per dipendenza da alcool, da droghe, da gioco
- prestazioni effettuate in convenzione con il S.S.N. da soci con gravi patologie, se eseguite al di fuori della Regione di residenza del socio eroga un contributo per il pernottamento del socio e/o dell'eventuale accompagnatore (due accompagnatori al di sotto dei 14 anni di età).

Il contributo previsto è pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno, per i due accompagnatori previsti in caso di soci di età inferiore a 14 anni il contributo è pari 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo a Euro 100,00 al giorno.

Le spese in argomento devono essere documentate e rilasciate regolarmente da strutture alberghiere, pensioni od affittacamere autorizzati anche se gestiti da ordini religiosi.

Sono, invece, esclusi contributi in caso di donazione o oblazioni anche se elargiti per l'ospitalità ricevuta.

Le località e il numero di notti relative al pernottamento devono corrispondere al luogo e ai tempi di effettuazione delle prestazioni.

Non sono erogabili contributi per i pasti.

Delle autorizzazioni concesse dalla Linea Sanitaria per le spese di pernottamento mensilmente verrà informato il Delegato territorialmente competente, il Consulente Sanitario Nazionale e il Consiglio di Amministrazione.

Tariffario

Pernottamento assistito per trattamento dialitico. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore per trattamento dialitico. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori per trattamento dialitico. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Punto 19. Permanenza di un familiare durante i periodi di ricovero

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga contributi per i pernottamenti riferiti al familiare accompagnatore, anche per l'intero periodo di ricovero, al di fuori della Regione di residenza, nei seguenti casi:

- soci che non abbiano ancora compiuto il 18° anno di età o disabili;
- soci per i quali si è resa necessaria l'accoglienza presso strutture all'Estero;
- soci che per particolari patologie ed a giudizio della Linea Sanitaria, necessitano dell'assistenza di un familiare durante il periodo di ricovero. Tale esigenza deve essere opportunamente certificata dalla struttura di ricovero.

Il trattamento di cui sopra è esteso in via ordinaria a entrambi i genitori del bambino, nei casi di ricovero o prestazioni riferite a minori di anni 14.

I contributi previsti sono indicati al *Punto 18 - Spese di pernottamento*.

Tariffario

Pernottamento assistito (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 100,00 al giorno

Pernottamento assistito (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 100,00 al giorno

Viaggio Assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (vedi *Punto 17. Spese viaggio*)

Viaggio Accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (vedi *Punto 17. Spese viaggio*)

Punto 20. Contributi straordinari per patologie di eccezionale gravità (erogazioni straordinarie)

In casi eccezionali, nell'ambito degli stanziamenti previsionali di bilancio, possono essere disposte dagli Organi e dagli Uffici associativi erogazioni straordinarie a favore dei Soci e loro familiari beneficiari che, a seguito di rilevanti spese sanitarie, solo in parte coperte dal S.S.N. e/o dall'ASSILT, abbiano a proprio carico un gravoso onere residuo.

Tali richieste di erogazioni dovranno essere sottoposte al parere della Linea sanitaria.

I criteri di intervento per accedere alle erogazioni straordinarie sono i seguenti:

- il limite minimo di spesa a carico del socio dovrà essere di almeno Euro 200,00;
- l'importo massimo erogabile dal Delegato ASSILT, in concerto con il proprio Collegio, non potrà superare 1.500,00 euro; per gli importi superiori è necessaria la valutazione del Consiglio di Amministrazione ASSILT;
- il contributo ASSILT sommato al contributo erogato a titolo di erogazione straordinaria non potrà in nessun caso essere superiore all'80% della spesa sostenuta.

Non sono ammissibili domande di erogazione straordinaria per il superamento di vincoli normativi, temporali.

Non sono, inoltre, ammesse richieste inerenti ad oneri residui non coperti dal S.S.N. e/o dall'ASSILT relativi a:

- a. prestazioni odontoiatriche;

- b. ricoveri post-acuti o cronici;
- c. assistenza infermieristica domiciliare e/o ospedaliera;
- e. interventi chirurgici per prestazioni estetiche;
- f. farmaci non contemplati nel Prontuario Farmaceutico Integrativo ASSILT;
- g. tutti gli interventi chirurgici effettuati in regime privato e Day Hospital;
- h. spese viaggio e pernottamento.

Il Consiglio di Amministrazione verrà comunque periodicamente informato dei casi autorizzati.

Tariffario

Erogazioni straordinarie territoriali fino a Euro 1.500,00

Erogazioni straordinarie centrali come da delibera del C.d.A.

Punto 21. Trasporto in autoambulanza

ASSILT riconosce un contributo pari all'80% della spesa sostenuta ai soci con gravi problemi motori che necessitano del trasporto in autoambulanza nei seguenti casi:

- raggiungere il domicilio in seguito a dimissione ospedaliera;
- raggiungere una struttura sanitaria per eseguire prestazioni sanitarie cliniche e diagnostiche;
- raggiungere una struttura sanitaria per le necessarie cure.

Tali richieste di erogazioni dovranno essere sottoposte al parere della Linea Sanitaria.

- I documenti necessari sono:
- certificazione medica o la lettera di dimissione ospedaliera da cui si possa evincere la necessità della trasportabilità tramite ambulanza;
- documentazione di spesa.

Tariffario

Trasporto in autoambulanza. Contributo pari all'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 200,00.

Punto 22. Spese di viaggio e pernottamento per gravi patologie

ASSILT in caso di gravi patologie, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga contributi per le spese di viaggio e pernottamento sostenute per effettuare visite mediche specialistiche (regime pubblico o privato) o prestazioni sanitarie (in regime pubblico) al di fuori della Regione di residenza, anche all'estero, per prestazioni effettuate in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte della Linea Sanitaria sono:

- dettagliata certificazione di un medico specialista di struttura pubblica che attesti la patologia;
- relazione medica con l'indicazione delle prestazioni consigliate.

La Linea Sanitaria valuterà se le visite mediche specialistiche o le prestazioni sanitarie che deve eseguire il socio o il beneficiario sono fruibili nell'ambito della Regione di appartenenza, tenendo conto dei protocolli terapeutici consigliati e dei tempi di attesa.

I contributi verranno riconosciuti secondo quanto previsto al Punto 17. Spese viaggio e Punto 18. Spese pernottamento.

La Linea sanitaria valuterà la necessità di autorizzare le spese di viaggio e pernottamento anche per un eventuale accompagnatore (due accompagnatori per soci di età inferiore ai 14 anni).

Il Consiglio di Amministrazione, il Delegato territorialmente competente e il Consulente Sanitario Nazionale verranno mensilmente informati dei casi autorizzati.

Tariffario

Pernottamento assistito (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori (contributo giornaliero in Italia). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno

Pernottamento assistito (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 75,00 al giorno

Pernottamento accompagnatore (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 75,00 al giorno

Pernottamento due accompagnatori (contributo giornaliero all'Estero). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo Euro 100,00 al giorno

Viaggio assistito. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Viaggio accompagnatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino al massimo concedibile (*vedi Punto 17. Spese viaggio*)

Punto 23. Interventi chirurgici Day Hospital in regime privato

ASSILT nei casi di interventi chirurgici da effettuare in regime di Day Hospital o privato (esclusi interventi di odontoiatria), riconosce un contributo pari 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 1.500,00 (equipe medica, sala operatoria, medicinali e materiale di medicazione), previa autorizzazione della Linea Sanitaria che valuterà la reale necessità derivata da lunghe liste di attesa o carenza sul territorio di residenza.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella o idonea certificazione dalla quale si possa evincere il nome, la data ed il tipo di intervento;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura di ricovero.

Tariffario

Equipe chirurgica, sala operatoria, diagnostica e medicinali. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.500,00

Punto 24. Interventi chirurgici generici in regime privato

ASSILT nei casi di interventi chirurgici generici da effettuare in regime di ricovero in strutture private riconosce un contributo per le eventuali spese relative all'intervento, alla sala operatoria ed alla degenza, secondo i limiti indicati:

- 60% della spesa relativa all'équipe chirurgica fino ad un massimo di Euro 4.000,00;
- 60% delle spese relative alla sala operatoria fino ad un massimo di Euro 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la degenza (comfort alberghiero) fino ad un massimo di Euro 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la diagnostica, i farmaci ed il materiale vario di medicazione fino ad un massimo di Euro 1.000,00.

I contributi saranno erogati previa autorizzazione della Linea Sanitaria che valuterà la reale necessità derivata da lunghe liste di attesa o carenza sul territorio di residenza.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella dalla quale si possa evincere il nome, il periodo di ospedalizzazione ed il tipo di intervento;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura di ricovero.

Tariffario

Equipe chirurgica. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 4.000,00

Sala operatoria. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Degenza (*comfort alberghiero*). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Punto 25. Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato

ASSILT eroga un contributo alle spese sostenute per interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o di ricovero in ambito privato volti a correggere specifiche menomazioni funzionali, previo preventivo parere favorevole della Linea Sanitaria che valuterà la reale necessità derivata da lunghe liste di attesa o carenza sul territorio di residenza.

Nel caso di interventi chirurgici di “blefaroplastica” è indispensabile presentare alla Linea Sanitaria un esame del campo visivo dal quale si evinca la presenza di una menomazione funzionale.

Per “menomazione funzionale” si intende quell’alterazione che riduce la funzionalità dell’organo o dell’apparato.

I contributi riconosciuti per le eventuali spese relative all'intervento, alla sala operatoria ed alla degenza, sono:

Regime di ricovero

- 60% della spesa relativa all'équipe chirurgica fino ad un massimo di Euro 4.000,00;

- 60% delle spese relative alla sala operatoria fino ad un massimo di Euro 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la degenza (comfort alberghiero) fino ad un massimo di Euro 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la diagnostica, i farmaci ed il materiale vario di medicazione fino ad un massimo di Euro 1.000,00.

Day Hospital

- 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00 per l'equipe medica, la sala operatoria, i medicinali e il materiale di medicazione.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella dalla quale si possa evincere il nome, il periodo di ospedalizzazione e la motivazione del ricovero;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura di ricovero.

Tariffario

Regime di ricovero

Equipe chirurgica. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 4.000,00

Sala operatoria. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Degenza (*comfort alberghiero*). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Day Hospital

Equipe medica, sala operatoria, medicinali e materiale di medicazione. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00

Punto 26. Chirurgia in Oculistica

ASSILT, in via generale, non riconosce contributi per gli interventi di chirurgia oculistica in regime privato, salvo i casi di particolare urgenza e gravità (per glaucoma, alla retina, alla cornea, alle palpebre, alle vie lacrimali e all' orbita), previa valutazione della Linea Sanitaria, sentito il parere del Consulente Nazionale Oculistico.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Oculistico sono:

- dettagliata certificazione redatta dal medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza;
- idonea documentazione diagnostica.

La Linea Sanitaria verificherà l'impossibilità ad eseguire l'intervento in regime pubblico per le lunghe liste d'attesa.

a. Chirurgia refrattiva (in regime ambulatoriale, Day Hospital o ricovero)

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria e sentito il parere del Consulente Nazionale Oculistico, per l'intervento di chirurgia refrattiva da effettuare a soci affetti da:

- anisometropia (con differenza di almeno 3 diottrie fra i due occhi)
- leucomi (opacità della cornea)

riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00 ad occhio.

Le relative erogazioni avverranno su presentazione della documentazione di spesa unitamente alla certificazione del medico oculista attestante l'effettivo scopo terapeutico e la patologia.

Se l'intervento è eseguito presso strutture sanitarie che mettono a disposizione del medico oculista l'apparecchiatura laser fatturata separatamente, al fine del riconoscimento del contributo, sarà considerato anche il costo per l'utilizzo di tale attrezzatura.

Il contributo complessivamente erogato è comprensivo dei controlli post-operatori (nei 30 giorni successivi l'intervento stesso).

b. Cataratta (in regime ambulatoriale, Day Hospital o ricovero)

ASSILT non riconosce contributi per gli interventi di cataratta eseguita in regime privato (ambulatoriale, Day Hospital, ricovero), salvo i casi di particolare urgenza e gravità che dovranno essere sottoposti alla valutazione del Consulente Nazionale Oculistico in collaborazione con la Linea Sanitaria di riferimento.

Il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00 ad occhio.

Le relative erogazioni avverranno su presentazione della documentazione di spesa unitamente alla dettagliata certificazione del medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza.

c. Cross linking per il cheratocono (in regime ambulatoriale, Day Hospital o ricovero)

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria e sentito il parere del Consulente Nazionale Oculistico, per l'intervento di Cross linking da effettuare in caso di cheratocono riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00 ad occhio.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la prescrizione del medico oculista correlata dalla copia della topografia corneale;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento.

d. Interventi di chirurgia oculistica - Day Hospital in regime privato

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria e sentito il parere del Consulente Nazionale Oculistico eroga un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 1.500,00 (equipe medica, sala operatoria, medicinali e materiale di medicazione).

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Oculistico sono:

- dettagliata certificazione redatta dal medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza;
- idonea documentazione diagnostica.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella o idonea certificazione dalla quale si possa evincere il nome, la data ed il tipo di intervento;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura sanitaria.

e. Interventi chirurgici oculistici - Ricovero in regime privato

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria e sentito il parere del Consulente Nazionale Oculistico eroga un contributo per le eventuali spese relative all'intervento, alla sala operatoria ed alla degenza nel modo seguente:

- 60% della spesa relativa all'équipe chirurgica fino ad un massimo di Euro 4.000,00;
- 60% della spesa relativa alla sala operatoria fino ad un massimo di Euro 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la degenza fino ad un massimo di Euro 1.000,00;
- 60% della spesa relativa la diagnostica, i farmaci ed il materiale vario di medicazione fino ad un massimo di Euro 1.000,00.

I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Oculistico sono:

- dettagliata certificazione redatta dal medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza;
- idonea documentazione diagnostica.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella dalla quale si possa evincere il nome, il periodo di ospedalizzazione ed il tipo di intervento;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura di ricovero.

ASSILT riconosce contributi per piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale (Calazio e Pterigio) secondo quanto indicato all'articolo 10 - Punto 4 "Prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici - Prestazioni di oculistica".

Tariffario

Chirurgia oculistica in regime ambulatoriale, Day Hospital o ricovero

Chirurgia refrattiva (per occhio). Contributo del 60% della spesa fino ad un massimo di Euro 1.500,00

Cataratta per casi particolari (per occhio). Contributo del 60% della spesa fino ad un massimo di Euro 1.500,00

Cross linking (per occhio). Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00

Altra chirurgia oculistica in regime di ricovero privato

Equipe chirurgica. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 4.000,00

Sala operatoria. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Degenza (*comfort alberghiero*). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.000,00

Altra chirurgia oculistica in Day Hospital

Equipe medica, sala operatoria, medicinali e materiale di medicazione. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 1.500,00 .

Punto 28. Ausili per incontinenza

ASSILT ad integrazione di quanto fornito dal S.S.N. riconosce, ai portatori di disabilità con invalidità certificata del 100% in presenza di gravi situazioni di incontinenza, un contributo per l'acquisto di materiale assorbente e monouso (traverse, pannoloni, cateteri e sacche) presso farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- documentazione attestante l'invalidità totale;
- certificazione della patologia redatta da medico specialista;
- fattura o "scontrino fiscale parlante" rilasciati da farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

Il contributo, subordinato alla valutazione della Linea sanitaria, è pari al 75% fino ad un massimo di euro 600,00 ogni 12 mesi (anno solare).

Tariffario

Ausili per incontinenza. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 600,00 ogni 12 mesi (anno solare)

Punto 29. Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale

In caso di gravi e rilevanti patologie, opportunamente documentate con certificazione medica ed eventuali esami diagnostici, ASSILT riconosce ulteriori contributi per le prestazioni di logopedia, training del linguaggio, disturbi cognitivi e terapia mio-funzionale oltre le 20 sedute massime concedibili annualmente.

Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

Per la prescrizione e l'effettuazione delle terapie vale quanto indicato al Punto 17 dell'Art. 10.

Tariffario

Logopedia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 per seduta
Training disfasia, discalculia e dislessia. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 per seduta

Terapia miofunzionale. Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 25,00 per seduta

Punto 30. Iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni (acido ialuronico e pappa piastrinica)

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, in caso di patologie delle articolazioni certificate da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria o Neurochirurgia riconosce i seguenti contributi:

- per l'atto operativo incluso il costo del prodotto (acido ialuronico o pappa piastrinica) un contributo pari al 75 % della spesa sostenuta sino ad un massimo di Euro 150,00 a seduta;
- per il costo del solo prodotto (acido ialuronico o pappa piastrinica) un contributo pari al 75 % della spesa sostenuta sino ad un massimo di Euro 100,00 a fattura

La certificazione ha una durata di 12 mesi, deve riportare la diagnosi, il numero di somministrazioni e la sostanza terapeutica consigliata.

Le prestazioni devono essere eseguite da un medico specialista in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria o Neurochirurgia.

Tariffario

Iniezioni o infiltrazioni di sostanze terapeutiche lubrificanti nelle articolazioni. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 a seduta

Acquisto di sostanze terapeutiche lubrificanti per le iniezioni o infiltrazioni articolari. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 100,00 a fattura .

Punto 31. Misuratore Glicemico

ASSILT, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, ai soci affetti da Diabete Mellito insulino-dipendente di tipo instabile, riconosce un contributo per l'acquisto del misuratore glicemico e i sensori di ricambio.

La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- certificazione medica che attesti la patologia ed una insulino-dipendenza con scarso controllo della glicemia, redatta da un uno specialista in diabetologia, medicina interna, endocrinologia, pediatria di struttura pubblica;
- fattura o "scontrino fiscale parlante" rilasciati da farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate.

I contributi saranno erogati nel seguente modo:

- per l'acquisto dell'apparecchio (tipo FreeStyle libre) un contributo pari al 75 % della spesa sostenuta sino a euro 150,00 ad apparecchio (1 apparecchio ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi articolo 6*);
- per l'acquisto dei sensori di ricambio un contributo pari al 75 % della spesa sostenuta sino ad un plafond massimo di euro 1.000,00 erogabile ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - *vedi articolo 6*)

Tariffario

Apparecchio (tipo FreeStyle libre). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 150,00 ad apparecchio (1 apparecchio ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - *vedi articolo 6*)
Sensori di ricambio. Plafond massimo erogabile pari a euro 1.000,00 ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - *vedi articolo 6*)

Articolo 12) Visite di accertamento

ASSILT, nei casi di accertamenti disposti dall'Associazione in merito alle prestazioni fruitive dai Soci, concorre alle eventuali spese di viaggio sostenute dagli stessi, secondo modalità da indicarsi specificatamente dal Consiglio di Amministrazione.

Tariffario

Spese viaggio assistito/accompagnatore. Contributo deliberato dal C.d.A.

Articolo 13) Ricerche, indagini conoscitive, interventi di prevenzione e di educazione sanitaria

Nell'ambito degli stanziamenti previsionali di bilancio saranno promosse iniziative per l'effettuazione di ricerche, indagini conoscitive ed interventi di prevenzione sanitaria di gruppo ed individuali, nonché la promozione di iniziative di educazione sanitaria a tutela della salute ed integrità fisica dei Soci Lavoratori o Pensionati e loro familiari beneficiari.

Tali iniziative potranno essere intraprese, previa intesa tra i Delegati e il Consiglio di Amministrazione, in concorso con le strutture sanitarie pubbliche ed anche con istituti di ricerca scientifica.

Le eventuali spese sostenute dai Soci in occasione di partecipazione a tali iniziative di Medicina Preventiva, potranno essere rimborsate secondo modalità da indicarsi specificatamente.

Tariffario

Spese sostenute. Contributo deliberato dal C.d.A.

Articolo 15) Infortuni e malattie causati da terzi

Quando le prestazioni sono conseguenti ad azioni di terzi per le quali si possa configurare responsabilità civile, il Socio Lavoratore, il Socio Pensionato o chi per essi è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'ASSILT.

Il Socio in caso di infortunio o di malattia che abbiano dato luogo a suo favore a refusione di danni da parte di terzi, è tenuto a rimborsare all'ASSILT l'ammontare del costo delle prestazioni erogate dall'ASSILT stessa fino alla concorrenza della somma che il terzo gli ha versato a titolo di risarcimento.

Articolo 16) Prestazioni escluse

Restano escluse dalle prestazioni erogabili dall'ASSILT:

- le visite mediche non specialistiche;
- i controlli medici a carattere aspecifico e check-up;
- le cure non controllabili e le cure non previste dalla terapia o farmacopea ufficiale, salvo quelle richiamate dagli articoli precedenti;
- le prestazioni sanitarie rimborsate ai soci da parte di Società di Assicurazione o da Fondi Sanitari Integrativi.

Articolo 17) Sanzioni

In attuazione di quanto previsto dagli articoli 7 e 8 dello Statuto, nonché dal Codice Etico, in materia di sanzioni, nel rispetto del principio di graduazione delle sanzioni medesime in relazione alla gravità della mancanza e fermo restando il principio del contraddittorio, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati soprattutto tenuto conto del principio di solidarietà che ispira lo scopo dell'Associazione, anche in relazione ai seguenti elementi:

- alle intenzionalità e circostanze, attenuanti o aggravanti, del comportamento complessivo del socio;
- alla posizione eventualmente occupata dal socio nell'Associazione;
- al concorso nella mancanza di più soci in accordo tra loro;
- alle precedenti sanzioni in qualunque tempo adottate nei confronti del socio.

L'applicazione di tutte le sanzioni contenute nel presente articolo non fanno venir meno l'obbligo contributivo da parte dei Soci interessati. Nel caso di esclusione l'obbligo di contribuzione cessa dal primo giorno del mese successivo alla data dell'Assemblea dei Rappresentanti che ha deliberato l'esclusione.

ASSILT si riserva la facoltà di procedere con denuncia in sede penale avverso i soci presunti responsabili di fatti di particolare rilevanza che hanno dato origine al provvedimento dell'esclusione.

Entità delle sanzioni per gli accertamenti amministrativi e sanitari

1) Ai soci che risulteranno irregolari agli accertamenti amministrativi e/o sanitari saranno applicate le seguenti sanzioni:

- a) Assenza alla convocazione a visita: **Esclusione**
- b) Contraffazione di documenti da parte del socio: **Esclusione**
- c) Fatturazione difforme rispetto alle prestazioni obiettivamente rilevate:

- per un importo fino ad € 150,00: **Diffida**
- oltre € 150,00 e fino a € 500,00: **da sei mesi ad un anno di sospensione**
- oltre € 500,00 e fino a € 2.000,00: **da uno a due anni di sospensione**
- oltre € 2.000,00 e fino a € 4.000,00: **da due a tre anni di sospensione**
- oltre € 4.000,00: **Esclusione**
- in caso di recidiva indipendentemente dall'importo: **Esclusione**

Le sanzioni terranno conto della collaborazione del socio nel dimostrare la sua totale estraneità ai fatti con una denuncia all'Autorità Giudiziaria.

2) Ai soci che risulteranno inadempienti o irregolari ai controlli di conformità dei documenti (*fiscali e*

sanitari) inviati via Fax-Server saranno applicate le seguenti sanzioni:

- a) prima inadempienza o irregolarità: **Diffida**
- b) seconda inadempienza o irregolarità: **Sospensione di sei mesi**
- c) terza inadempienza o irregolarità: **Esclusione**

In tutti i casi non verrà erogato il contributo richiesto.

Entità delle sanzioni per le indebite iscrizioni All'Associazione

Ai soci che risulteranno inadempienti o irregolari ai controlli dei requisiti validi per l'iscrizione dei beneficiari, saranno applicate le seguenti sanzioni:

- rimborsi percepiti fino a € 150,00: **Diffida;**
- rimborsi percepiti oltre € 150,00 e fino a € 500,00: **da sei mesi ad un anno di sospensione;**
- rimborsi percepiti oltre € 500,00 e fino a € 2.000,00: **da uno a due anni di sospensione;**
- rimborsi percepiti oltre € 2.000,00 e fino a € 4.000,00: **da due a tre anni di sospensione;**
- rimborsi percepiti oltre € 4.000,00: **da tre anni di sospensione fino all'Esclusione.**

Ai soci che risultassero inadempienti o irregolari ai controlli dei requisiti di reddito per i beneficiari maggiorenni potrà essere considerato di minore gravità il caso in cui il reddito accertato non sia superiore al 20% del limite stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Articolo 18 - Modifiche e/o integrazioni al Testo Unico Normativo

Modifiche e/o integrazioni al presente Testo Unico Normativo che nel corso della gestione si rendessero necessarie potranno essere apportate dal Consiglio di Amministrazione, anche su proposta dei Delegati, fermo restando la loro convalida da parte dell'Assemblea dei Rappresentanti, così come previsto dall'art. 14 comma 2, b) dello Statuto ASSILT.

Articolo 19) Riesame

Le istanze di riesame relative alla definizione delle richieste, da presentare entro 30 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione, vengono discusse nell'ambito del Collegio territoriale competente e definite dal Delegato in concorso con la struttura operativa di riferimento, ovvero con la Linea Sanitaria, in relazione alla natura della pratica.

Nei casi in cui non venga raggiunta localmente una definizione unanime, il caso viene definito dal Consiglio di Amministrazione e le decisioni assunte sono insindacabili.

Non sono ammesse richieste di riesame per le pratiche di erogazione straordinaria, in materia di temporizzazione e per le spese di viaggio e pernottamento.

L'esito del riesame deve essere comunicato al socio interessato entro i 90 giorni dalla relativa istanza.

La procedura dettagliata del procedimento di riesame è definita dal Consiglio di Amministrazione.

Raccolta degli articoli e/o paragrafi non più in vigore

Articolo 10 – Punto 8. Terapia iniettiva e altre terapie – ex lettera f. Iniezioni o infiltrazioni di sostanze terapeutiche lubrificanti (acido ialuronico e pappa piastrinica)

Dal 1° gennaio 2017 potranno essere riconosciuti contributi per le iniezioni o le infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni previa valutazione della Linea Sanitaria.

Sostituito il *Punto 8 lettera f “Iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni (acido ialuronico e pappa piastrinica)” (Articolo 10)* con il *Punto 30 “Iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni (acido ialuronico e pappa piastrinica)” (Articolo 11)*.

Articolo 10 – Punto 11. Terapie fisiche – ex lettera d. Logopedia, training del linguaggio

Dal 1° gennaio 2017 per gestire queste terapie fuori della Terapia Fisica è stato creato il nuovo *Punto 17 “Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale” (Articolo 10)*

Articolo 10 – Punto 12. Interventi chirurgici Day Hospital

Dal 1° gennaio 2015 potranno essere riconosciuti contributi per gli interventi chirurgici in regime privato previa valutazione della Linea Sanitaria.

Sostituito il *Punto 12 “Interventi chirurgici Day Hospital” (Articolo 10)* con il *Punto 23 “Interventi chirurgici Day Hospital in regime privato” (Articolo 11)*.

Articolo 10 – ex Punto 13. Interventi chirurgici generici in regime pubblico o privato

Dal 1° gennaio 2015 potranno essere riconosciuti contributi per gli interventi chirurgici in regime privato previa valutazione della Linea Sanitaria.

Sostituito il *Punto 13 “Interventi chirurgici generici in regime pubblico o privato” (Articolo 10)* con il *Punto 24 “Interventi chirurgici generici in regime privato” (Articolo 11)*.

Articolo 10 – ex Punto 14. Chirurgia refrattiva

Dal 1° gennaio 2015 potranno essere riconosciuti contributi per gli interventi di chirurgia refrattiva previa valutazione della Linea Sanitaria.

Sostituito il *Punto 14 “Chirurgia refrattiva” (Articolo 10)* con il *Punto 26 “Chirurgia in oculistica” (Articolo 11)*.

Articolo 11 – ex Punto 7. Interventi chirurgici per menomazioni funzionali

Dal 1° gennaio 2015 potranno essere riconosciuti contributi per questi interventi chirurgici solo se effettuati in regime privato, sempre previa valutazione della Linea Sanitaria.

Sostituito il *Punto 7 “Interventi chirurgici per menomazioni funzionali” (Articolo 11)* con il *Punto 25 “Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato” (Articolo 11)*.

Articolo 11 – Punto 15. Altre terapie riabilitative ex lettera d. Logopedia, training del linguaggio

Dal 1° gennaio 2017 per gestire queste terapie fuori della Terapia Fisica è stato creato il nuovo *Punto 29 “Logopedia, training del linguaggio, Terapia mio-funzionale” (Articolo 11)*

Articolo 11 - Punto 16. Ricoveri o prestazioni ambulatoriali fruiti in ambito pubblico

A partire dal 1° febbraio 2014 non sono più previsti contributi per le spese di viaggio e pernottamento in caso di ricovero o prestazioni ambulatoriali effettuate in ambito pubblico al di fuori della regione di residenza del socio.

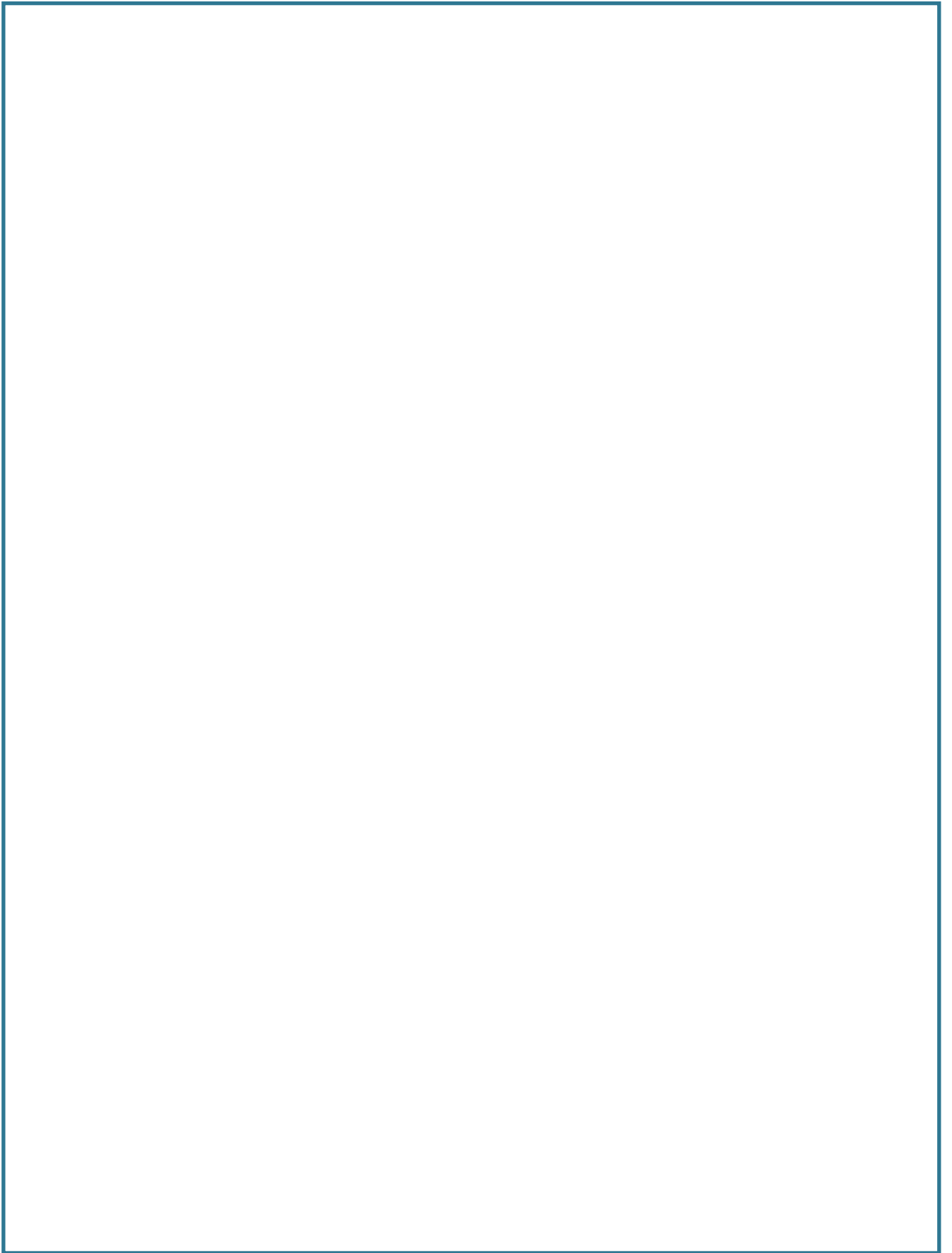
Articolo 11 - Punto 27. Altre iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni

Dal 1° gennaio 2017 potranno essere riconosciuti contributi per le iniezioni o le infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni previa valutazione della Linea Sanitaria.

Sostituito il *Punto 27 “Altre iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni” (Articolo 11)* con il *Punto 30 “Iniezioni o infiltrazioni di sostanze lubrificanti nelle articolazioni (acido ialuronico e pappa piastrinica)” (Articolo 11)*.

Articolo 14) Assegno funerario

A partire dal 1° febbraio 2014 non sono più previsti contributi.



ALLEGATO A-TARIFFARIO ODONTOIATRICO

**ALLEGATO B-PRONTUARIO FARMACEUTICO
INTEGRATIVO ASSILT**

MODELLO ODONTOIATRICO

MODELLO ORTODONTICO

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

Il contributo per le prestazioni odontoiatriche è pari al 90% della spesa sostenuta fino all'importo massimo erogabile - indicato in questa tabella - per ogni singola prestazione

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
PARTE GENERALE		
ODPG0002	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio	22,00
RADIOLOGIA ODONTOIATRICA		
ODRX0001	Radiografia endorale (ogni due denti)	5,00
ODRX0003	Radiografia endorale delle arcate dentarie completa	24,00
ODRX0005	Ortopantomografia	24,00
ODRX0006	Teleradiografia	26,00
IGIENE ORALE, PARODONTOLOGIA E TRATTAMENTI		
ODAB0001	Ablazione del tartaro (senza vincolo di età)	61,00
ODAB0002	Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 4 denti - solo sopra i 16 anni di età)	40,00
ODLE0001	Legature dentali extracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	36,00
ODLE0002	Legature dentali intracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	43,00
ODMO0001	Molaggio selettivo parziale/totale (solo sopra dei 16 anni di età)	19,00
ODRD0008	Gengivectomia (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	85,00
ODRD0009	Lembo gengivale (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	128,00
ODRD0010	Lembo mucogengivale (courettage a cielo aperto, posiz.apicale - per 4 denti -solo sopra i 16 anni di età)	160,00
ODRD0012	Chirurgia ossea resettiva (incluso il lembo di accesso - ad arcata)	208,00
ODRD0017	Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali (solo sopra i 16 anni di età)	132,00
ODAM0001	Amputazioni radicolari (per radice, escluso il lembo di accesso)	50,00
ODTC0001	Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale di oligoelementi (per arcata - non ripetibile prima di 18 mesi e fino ai 12 anni di età)	15,00
ODSI0001	Sigillatura di solchi per dente (fino a 12 anni di età, erogabile una sola volta)	12,00
ODSI0002	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpale (otturaz. coronale a parte) (per elemento dentale-contributo una sola volta e fino a 12 anni di età)	35,00
CHIRURGIA		
ODCO0001	Estrazione di dente o radice	31,00
ODCO0003	Estrazione di un dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito (escluso comp. anestesista) per ogni dente	31,00
ODCO0005	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	74,00
ODCO0018	Disinclusione denti ritenuti	89,00
ODCO0019	Estrazione di dente soprannumerario	31,00
ODRZ0011	Rizotomia	40,00
ODAS0001	Intervento per biopsie (escluso esame istologico)	23,00
ODAS0002	Apicectomia (cura canalare a parte)	77,00
ODAS0003	Asportazione di epulide	51,00
ODAS0004	Intervento chirurgico preprotetico (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomie, tori palatini, tori mandibolari, osteomi)	77,00
ODAS0005	Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, del palato o del labbro e del pavimento orale	93,00
ODAS0006	Rimozione cisti mascellare (qualsiasi sede) incluso es istologico-rimborsabile se allegato referto es.istolog.	415,00

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA		
ODCG0002	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)	890,00
ODCG0004	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)	296,00
ODCH0001	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)	890,00
ODCH0003	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)	296,00
ODDZ0005	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore destra)	890,00
ODDZ0006	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore sinistra)	890,00
IMPIANTI OSTEOINTEGRATI		
ODIM0012	Impianto osteointegrato	475,00
ODIM0013	Moncone pilastro per protesi su impianto osteointegrato	92,00
ODPI0001	Impianto osteointegrato per protesi totale mobile (massimo 2 per emiarcata)	475,00
ODPI0002	Moncone pilastro per protesi totale mobile (massimo 2 per emiarcata)	92,00
ODIP0001	Impianto osteointegrato per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula (massimo 3 per emiarcata)	475,00
ODIP0002	Moncone pilastro per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula (massimo 3 per emiarcata)	92,00
RICOSTRUZIONE ARCATA DENTARIA		
ODSP0001	Protesi fissa di ricostruzione per arcata superiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica - erogabile una sola volta nella vita associativa)	3.000,00
ODSP0002	Protesi fissa di ricostruzione per arcata inferiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica - erogabile una sola volta nella vita associativa)	3.000,00
TRATTAMENTI CONSERVATIVI E/O ENDODONTICI		
ODCA0001	Cavità di V° classe di Black (unica sovrapponibile alle altre classi 1° - 2° -3° - 4° Classe di Black nello stesso piano di cura)	61,00
ODCN0001	Cavità di 1° classe di Black	61,00
ODCN0002	Cavità di 2° classe di Black	85,00
ODCN0004	Cavità di 3° classe di Black	85,00
ODCN0005	Cavità di 4° classe di Black	85,00
ODCN0008	Ricostruzione moncone in materiale composito o amalgama (terapia conservativa per il posizionamento di una corona)	85,00
ODEN0001	Endodonzia (prestazione ad un canale - comprese Rx)	83,00
ODEN0002	Endodonzia (prestazione a due canali - comprese Rx)	136,00
ODEN0003	Endodonzia (prestazione a tre o quattro canali - comprese Rx)	206,00
ODPC0001	Apecificazione (unico contributo e fino a 12 di età)	17,00
PROTESI		
ODPR0002	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa)	153,00
ODPR0004	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa)	184,00
ODPR0006	Corona o elemento di ponte in L.N.P. e ceramica	190,00
ODPR0007	Corona o elemento di ponte in ceramica, L.P. e ceramica o titanio ceramica (Contributo erogabile solo dietro rilascio del certificato di conformità)	368,00
ODPR0041	Corona fusa fresata	178,00

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
PROTESI		
ODPR0042	Corona oro ceramica fresata	248,00
ODPR0020	Intarsio in composito	171,00
ODPR0021	Intarsio in ceramica	159,00
ODPR0023	Onlay in composito	223,00
ODPR0024	Onlay in ceramica vetrosa	276,00
ODVV0001	Corona provvisoria in resina	43,00
ODVV0005	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria	19,00
ODVV0006	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria (costo non distinto tra struttura ed elementi)	17,00
ODVV0004	Protesi mobile parziale provvisoria in resina (solo la struttura)	85,00
ODVV0007	Protesi mobile parziale provvisoria in resina - (solo la struttura) (costo non distinto tra struttura ed elementi)	76,50
ODVV0003	Protesi mobile totale provvisoria in resina - per arcata (inclusi gli elementi dentali)	233,00
ODPR0057	Protesi mobile totale con denti in resina - per arcata	527,00
ODPR0064	Elemento in resina per protesi definitiva	19,00
ODPR0089	Elemento in resina per protesi definitiva (costo non distinto tra struttura ed elementi)	17,00
ODPE0001	Perno moncone su dente naturale	92,00
ODRM0001	Rimozione corona od elemento di protesi fissa	12,00
ODRM0002	Rimozione di perno radicolare	14,00
ODRI0001	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema diretto	49,00
ODRI0002	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema indiretto	77,00
ODRI0003	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema diretto	63,00
ODRI0004	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema indiretto	141,00
ODRI0006	Riparazione della copertura in resina/composito/ceramica (ad elemento dentale)	46,00
ODRE0001	Registrazione dei rapporti intermascellari con arco facciale e studio del caso in articolatore	80,00
ODRE0002	Registrazione dei rapporti intermascellari con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso	276,00
ODAT0001	Attacco di semiprecisione fuso in L.N.P.	58,00
ODAT0002	Attacco di semiprecisione fuso in L.P.	84,00
ODAT0003	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.N.P.	87,00
ODAT0004	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.P.	113,00
ODGA0001	Gancio a filo in L.N.P.	16,00
ODGA0003	Gancio fuso in L.N.P.	33,00
ODGA0004	Gancio fuso in L.P.	61,00
ODSH0001	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore	208,00
ODSH0008	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	187,00
ODSH0004	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore	208,00
ODSH0009	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	187,00
ODSH0002	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore	429,00
ODSH0010	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	386,00

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
PROTESI		
ODSH0003	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore	429,00
ODSH0011	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	386,00
ODSH0005	Maryland bridge (struttura)	77,00
ODSH0012	Maryland bridge (struttura) - (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	69,00
ODSH0006	Protesi mobile parziale definitiva in resina	85,00
ODSH0013	Protesi mobile parziale definitiva in resina - (solo la struttura) (costo non distinto tra struttura ed elementi)	76,50
ODPR0086	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	147,00
ODPR0087	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana	196,00
ODPA0001	Griglia per protesi totale - arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Barra di rinforzo)	93,00
ODPA0002	Barra di rinforzo per protesi totale in cromo/cobalto - ad arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Griglia per protesi totale)	124,00
ORTONDONZIA		
<i>Check up (Contributi erogabili nel periodo che precede l'inizio del trattamento ortodontico attivo)</i>		
ODCK0000	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio in ortodonzia	22,00
ODCK0002	Ortopantomografia	23,00
ODCK0003	Teleradiografia del cranio in proiezione perfetta con cefalostato	24,00
ODCK0004	Teleradiografia del cranio in proiezione postero-anteriore con cefalostato	24,00
ODCK0005	Teleradiografia del cranio in proiezione sub-mento vertice con cefalostato	24,00
ODCK0007	Rx occlusale (ogni due denti)	5,00
ODCK0008	Rx endorale (ogni due denti)	5,00
ODCK0009	Tracciato ed analisi cefalometrica	51,00
ODCK0010	Serie fotografica (otto)	17,00
ODCK0011	Analisi degli spazi con set-up	76,00
ODCK0012	Esame elettromiografico	114,00
ODCK0013	Esame kinesiografico	162,00
Placca funzionalizzata		
ODCK0015	Placca funzionalizzata	227,00
Preventiva intercettiva (Contributi erogabili in maniera distinta da quelli previsti per la terapia attiva e solo se fatturati separatamente da altri periodi di trattamento ortodontico attivo)		
ODPV0001	Preventiva-intercettiva con mantenedor di spazio fisso	184,00
ODPV0002	Preventiva-intercettiva con mantenedor spazio mobile	251,00
ODPV0004	Preventiva-intercettiva a Griglia fissa	288,00
ODPV0005	Preventiva-intercettiva con Griglia su app. amovibile	270,00
ODPV0006	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per chiusura diastemi	163,00
ODPV0007	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per correzione cross-bite	353,00
ODPV0008	Preventiva-intercettiva con Bande per ausiliario per aperture morso	359,00

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
Trattamento ortodontivo attivo (Primo anno - Contributi erogabili a terapia già effettuata.		
<i>Nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine della cura attiva)</i>		
ODTP0001	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app.rimov. e funz. - Primo anno	863,00
ODTP0002	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - Primo anno	1.043,00
ODTP0003	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Primo anno	923,00
ODTP0007	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00
ODTP0004	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Primo anno	1.235,00
ODTP0008	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00
ODTP0005	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Primo anno	1.019,00
ODTP0009	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00
ODTP0006	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Primo anno	1.259,00
ODTP0010	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00
Trattamento ortodontivo attivo (Secondo anno. Contributi erogabili a terapia già effettuata.		
<i>Nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine della cura attiva)</i>		
ODTT0001	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app.rimov. e funz. - Secondo anno	863,00
ODTT0002	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - Secondo anno	1.043,00
ODTT0003	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Secondo anno	923,00
ODTT0007	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00
ODTT0004	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Secondo anno	1.235,00
ODTT0008	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00
ODTT0005	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Secondo anno	1.019,00
ODTT0009	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00
ODTT0006	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Secondo anno	1.259,00
ODTT0010	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
Trattamento ortodontivo attivo (Terzo ultimo anno. Contributi erogabili a terapia già effettuata. Nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine della cura attiva)		
ODTV0001	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app.rimov. e funz. - Terzo anno	466,00
ODTV0002	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - Terzo anno	539,00
ODTV0003	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Terzo anno	490,00
ODTV0007	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	466,00
ODTV0004	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Terzo anno	588,00
ODTV0008	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	539,00
ODTV0005	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Terzo anno	589,00
ODTT0009	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	466,00
ODTV0006	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Terzo anno	687,00
ODTT0010	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	539,00
Trattamento ortodontivo attivo (Ultimo semestre - Contributi erogabili per periodi inferiori ad un anno di terapia attiva e soltanto alla fine della cura se certificato dal medico curante la data di inizio e fine del semestre)		
ODTU0001	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app.rimov. e funz. - Ultimo semestre	239,00
ODTU0002	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - Ultimo semestre	276,00
ODTU0003	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre	251,00
ODTU0007	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 2 ^a basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre (senza tracciato cefalometrico)	239,00
ODTU0004	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Ultimo semestre	300,00
ODTU0008	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Ultimo semestre (senza tracciato cefalometrico)	276,00
ODTU0005	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre	300,00
ODTU0009	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre (senza tracciato cefalometrico)	239,00
ODTU0006	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Ultimo semestre	349,00
ODTU0010	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle (anche da un solo lato) classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - Ultimo semestre (senza tracciato cefalometrico)	276,00

CODICE	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE Euro
Contenzione (Contributo per entrambi le arcate "una tantum" nell'intero periodo di cura)		
ODDT0001	Contenzione a mezzo di Positioner preformati	251,00
ODDT0002	Contenzione a mezzo di Placche di Hawley	251,00
ODDT0003	Contenzione a mezzo di Arche linguali	251,00
ODDT0004	Contenzione a mezzo di Scheletrato	251,00

ALLEGATO B – PRONTUARIO FARMACEUTICO INTEGRATIVO ASSILT

Elenco dei prodotti farmaceutici e dei relativi principi attivi.

Per i prodotti farmaceutici elencati sono erogabili contributi per qualsiasi posologia (milligrammi, grammi, ecc.) e modalità di somministrazione (comprese, fiale, sciroppi, ecc.) prescritta.

Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
ABIMONO	Isoconazolo	ANSIL	Lorazepam	BRINERDINA	Reserpina e diuretici, associazioni con altri farmaci
AC CLODRONICO	Acido clodronico	ANSIOLIN	Diazepam	BRIXOPAN	Bromazepam
ACETILCISTEINA	Acetilcisteina	ANTIAl	Bromfeniramina	BROMAZEPAM	Bromazepam
ACTICOLIN	Citicolina	ANTIMICOTICO SAME	Clotrimazolo	BRONCOHEXAL	Acetilcisteina
ACTIFERRO	Ferro trivalente, preparati orali - vari	ANTUNES	Tamsulosina cloridrato	BROTIZOLAM	Brotizolam
ACTIVELE	Noretisterone ed estrogeno	ARILIAR	Esomeprazolo	BRUMIXOL	Ciclopirox
ADROVANCE	Acido alendronico	ARVENUM	Diosmina	BRUNAC	Acetilcisteina
ADUMBRAN	Oxazepam	ASQUAM	Ketoconazolo	CALC FOLINATO	Calcio folinato
AFONGAN	Omoconazolo	ATARAX	Idroxizina	CALC LEVOFOL	Calcio levofolinato
AFTAB	Triamcinolone	ATOACTIVE	Fluocinolone acetoneide	CALCIFOLIN	Calcio folinato
AISI	Alprazolam	AUSOMINA	Vincamina	CALFOLEX	Calcio folinato
ALBACORT	Triamcinolone	AVAMYS	Fluticasone	CALINAT	Calcio folinato
ALBEGO	Camazepam	AVANCORT	Metilprednisolone aceponato	CANESTEN	Clotrimazolo
ALDEPRELAM	Alprazolam	AVANTRIN	Trapidil	CANGIL	Clotrimazolo
ALENDROS	Acido alendronico	AVODART	Dutasteride	CEBRAN	Nicergolina
ALFABIOS	Corticosteroidi - vari	AXAGON	Esomeprazolo	CEBROTON	Citicolina
ALFABIOS	Fluocinolone acetoneide	AXILIUM	Lormetazepam	CEREBRAMINA	Vincamina
ALFAFLUORONE	Fluocinolone acetoneide	AZOLMEN	Bifonazolo	CETAM	Piracetam
ALFUZOSINA	Alfuzosina	BATRACOMB	Ciclopirox	CHAMPIX	Vareniclina
ALISEUM	Diazepam	BATRAFEN	Ciclopirox	CHEMIFOLIN	Calcio folinato
ALLERGODIL	Azelastina	BECLOMET.DOC	Beclometasone	CHEMIONAZOLO	Econazolo
ALLESPRAY	Azelastina	BECOTIDE	Beclometasone	CIAlS	Tadalafil
ALPRAVECS	Alprazolam	BEHRIFIL	Pentoxifilina	CICLOPOLI	Ciclopirox
ALPRAZIG	Alprazolam	BEMEDREX EASYHALER	Beclometasone	CIDIFOS	Citicolina
ALPRAZOLAM	Alprazolam	BENFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	CIDILIN	Citicolina
ALTERSOL	Acetilcisteina	BENUR	Doxazosina	CISTALGAN	Flavoxato
ALTOSONE	Mometasone	BETABIOPTAL	Betametasona e cloramfenicolo	CITICOLIN	Citicolina
ALVEN	Diosmina	BIFAZOL	Bifonazolo	CITICOLINA	Citicolina
ALVENEX	Diosmina	BILANCEN	Vincamina	CITIFAR	Citicolina
AMICEL	Econazolo	BIODERMIN	Econazolo	CITOFOLIN	Calcio folinato
AMISULPRIDE	Amisulpride	BIOGINAL	Ciclopirox	CLASTEON	Acido clodronico
AMPAMET	Aniracetam	BIORMON	Progesterone ed estrogeno	CLENIL	Beclometasone
ANASCLEROL	Vincamina	BIOZOLENE	Fluconazolo	CLEVERAL	Piracetam
ANATETALL	Anatossina tetanica	BIROXOL	Ciclopirox	CLIM DEPOSITUM	Testosterone
ANATOXAL	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	BLU METI	Altri antimicotici per uso topico	CLIMACLOD	Acido clodronico
ANDERGIN	Miconazolo	BOTAM	Tamsulosina cloridrato	CLIMEN CICLICA	Preparati sequenziali estro-progestinici - vari
ANDRIOL	Testosterone	BRANIGEN	Levoacetilcarnitina cloridrato	CLODEOSTEN	Acido clodronico
ANEMIAL	Ferro trivalente, preparati orali - vari	BRASSEL	Citicolina	CLODRON	Acido clodronico
				CLODRONATO	Acido clodronico

Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
CLODY	Acido clodronico	DERMAZOL	Econazolo	DUVADILAN	Isoxsuprina
CLORADEX	Desametasone, cloramfenicolo	DERMOBETA	Fluocinolone acetoneide	EBURNAL	Vinburnina
CLOTRIMAZOLO	Clotrimazolo	DERMOLIN	Fluocinolone acetoneide	ECELLIUM	Econazolo
COLLEZOES	Esomeprazolo	DERVIN	Diflucortolone	ECODERGIN	Econazolo
COMPENDIUM	Bromazepam	DESAMIX ANTIMIC	Clotrimazolo	ECOFOL	Calcio folinato
COMPLAMIN	Xantinolo nicotinato	DETRULISIN	Emepronio	ECOM	Econazolo
CONDRAL	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo scheletrico	DETRUSITOL	Tolterodina	ECOMESOL	Econazolo
CONDROFER	Ferro-condroitinolfato complesso	DETRUSITOL	Tolterodina tartrato	ECONAZOLO	Econazolo
CONDROSULF	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo scheletrico	DIACOLON	Lattulosio	ECOREX	Econazolo
CONTROL	Lorazepam	DIAZEMULS	Diazepam	ECOSTERIL	Econazolo
COROSAN	Dipiridamolo	DIAZEPAM	Diazepam	EFFICORT	Idrocortisone aceponato
COROXIN	Dipiridamolo	DICORTAL	Diflucortolone	ELAZOR	Fluconazolo
CORTAMIDE	Fluocinolone acetoneide	DIERTINA	Diidroergocristina	ELOCON	Mometasone
CORTICAL	Diflucortolone	DIFLUCAN	Fluconazolo	EMANERA	Esomeprazolo
CRIST VI	Metilrosanilina	DIFLUID	Diidroergocristina	EMOFERRINA	Ferro trivalente, preparati orali - vari
CROMATONFERRO	Ferroso gluconato	DIFOSFOCIN	Citicolina	EMOPON 12	Ferro, polivitamini ed acido folico
CROMATONFOLIN	Calcio folinato	DIFOSFONAL	Acido clodronico	EMOVIS	Calcio folinato
DADUMIR	Derivati benzodiazepinici - Vari	DIFTAVAX	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	EMOXIRON	Ferroso gluconato
DAFLON	Diosmina	DIFTETALL	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	EN	Derivati benzodiazepinici - Vari
DAFNEGIN	Ciclopirox	DIMOVASS	Diosmina	ENCEFABOL	Pirtinolo
DAKTACORT	Miconazolo, associazioni	DIOSMINA	Diosmina	ENCELIN	Citicolina
DAKTARIN	Miconazolo	DIOSVEN	Diosmina	ENCEVIN	Vincamina
DALMADORIM	Flurazepam	DIS.CLODR.ATE	Acido clodronico	ENDURONIL	Reserpina e diuretici, associazioni con altri farmaci
DARKENE	Flunitrazepam	DISINTOX	Calcio folinato	EPALFEN	Lattulosio
DASKIL	Terbinafina	DITANRIX	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	EPAPLEX 40	Ferro trivalente, preparati orali - vari
DAVERIUM	Diidroergocriptina mesilato	DITROPAN	Oxibutinina	ERGO	Diidroergocristina
DECAPEPTYL	Triptorelina	DITROPAN	Ossibutinina cloridrato	ERGOCRIS	Diidroergocristina
DECODERM	Miconazolo	DIVIFOLIN	Calcio folinato	ERGOTINA	Diidroergocristina
DECRIIL	Diidroergocristina	DOMAR	Pinazepam	ERVEVAX	Vaccino antiosolia, vivo attenuato
DEFLAN	Deflazacort	DORICUM	Corticosteroidi - associazioni varie	ERYFER	Ferroso solfato
DEFLAZACORT	Deflazacort	DORICUM-SEMP.L.	Fluocinolone acetoneide	ESEDRIL	Nafidrofurile
DEFLUINA	Diidroergocristina	DOVEN	Diosmina	ESILGAN	Estazolam
DELORAZEPAM	Derivati benzodiazepinici - Vari	DOXANS	Doxefazepam	ESOMEPE	Esomeprazolo
DENIBAN	Amisulpride	DRAGANON	Aniracetam	ESOMEPRAZOLO HOSPIRA	Esomeprazolo
DEPAS	Etiazolam	DREINSON	Fludroxicortide	ESOPRAL	Esomeprazolo
DEPO PROVERA	Medrossiprogesterone	DUAGEN	Dutasteride	ESTALIS SEQUI	Noretisterone ed estrogeno
DERMAVAL	Diflucortolone	DUPHALAC	Lattulosio		

Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
ESTRACOMB TTS	Noretisterone ed estrogeno	FERROFOLIN	Ferro in associazione con acido folico - vari	FOLICALGYN	Calcio folinato
EUIPNOS	Temazepam	FERROFOLIN SIMPLEX	Ferrico proteinsuccinilato	FOLIDAR	Calcio folinato
EUROFLU	Flunisolide	FERROGRAD C	Ferro in altre associazioni - associazioni varie	FOLINEMIC FERRO	Ferrico proteinsuccinilato
EXELDERM	Sulconazolo	FERROGRAD FOLIC	Ferroso solfato	FOLINEMIC FERRO	Ferro, vitamina B12 ed acido folico
EXTERSIN	Terazosina	FERROL	Ferro-condroitinsolfato complesso	FOLINUIT	Calcio folinato
EXTRAFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FERROS S	Ferroso solfato	FOLIPLUS	Calcio folinato
EZORAN	Esomeprazolo	FERROSPRINT	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FOLIX	Calcio folinato
FALVIN	Fenticonazolo	FERRO-TRE	Ferro aceti transferrina/con acido folico/con vitamina B12	FOSAMAX	Acido alendronico
FALVIN SCALP FLUID	Fenticonazolo	FERRUM	Ferrico ossido saccarato	FOSAVANCE	Acido alendronico e colecalciferolo
FALVIN T	Fenticonazolo	FERTIPEPTIL	Triptorelina	FRISIUM	Clobazam
FARLUTAL	Medrossiprogesterone	FEVITAL SIMPLEX	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FRONTAL	Alprazolam
FASIGIN-N	Nistatina	FILENA	Medrossiprogesterone ed estrogeno	FRUTTIDASI	Calcio folinato
FELISON	Flurazepam	FINASTERIDE	Finasteride	FUNGIDERM	Miconazolo
FEMIT	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FINASTID	Finasteride	GALNORA	Galantamina
FEMOSTON	Didrogesterone ed estrogeno	FISIOFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	GAMIBETAL	Derivati degli acidi grassi - associazioni varie
FENAM DUPHAR	Isoxsuprina	FLANTADIN	Deflazacort	GAMMISTIN ANTISTA.	Bromfeniramina
FENGEL	Dimetindene	FLAVIS	Piracetam	GANAZOLO	Econazolo
FENIL CL/IDR A FN	Corticosteroidi - associazioni varie	FLIXONASE	Fluticasone	GENAPROST	Finasteride
FENISTIL	Dimetindene	FLU 21	Fluocinonide	GENURIN	Flavoxato
FENTIGYN	Fenticonazolo	FLU CORTANEST	Diflucortolone	GENURIN	Flavoxato cloridrato
FENTIGYN T	Fenticonazolo	FLUCONAZOLO	Fluconazolo	GEROLIN	Citicolina
FERLATUM	Ferrico proteinsuccinilato	FLUIMUCIL	Acetilcisteina	GIBIFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari
FERLIXIT 40	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FLUNISOLIDE MYL	Flunisolide	GIBIFLU	Flunisolide
FERPLEX	Ferrico proteinsuccinilato	FLUNOX	Flurazepam	GINOTROSYD	Tioconazolo
FERPLEX 60	Ferrico proteinsuccinilato	FLUNUTRAC	Fluticasone	GLIPTIDE	Sulgitotide
FERPLEX FOL	Ferro in associazione con acido folico - vari	FLUOCIT	Fluocinolone acetoneide	GLUCOFERRO	Ferroso gluconato
FERREMATOS	Ferroso gluconato	FLUOMIX SAME	Fluocinolone acetoneide	GONASIL	Gonotropina corionica
FERREMON	Ferrico proteinsuccinilato	FLUSSOREX	Citicolina	GRAL	Diidroergocristina
FERRIEMINA	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FLUVEAN	Fluocinolone acetoneide	GRAVIBINAN	Idrossiprogesterone ed estrogeno
FERRITIN COMPLEX	Ferro in associazione con acido folico - vari	FOLANEMIN	Calcio levofolinato	GUNEVAX	Vaccino antirosolia, vivo attenuato
FERRITIN OTI	Ferro trivalente, preparati orali - vari	FOLAREN	Calcio folinato	GYNO-CANESTEN	Clotrimazolo
FERRO COMPLEX	Ferroso gluconato	FOLIBEN	Calcio folinato, Calcio levofolinato	GYNO-DAKTARIN	Miconazolo
				H-ADIFTAL	Anatossina differica
				H-ADIFTETAL	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica

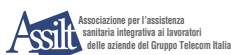
Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
HALCION	Triazolam	LACTOGER	Lattulosio	LORENIL	Fenticonazolo
H-AETAL	Anatossina tetanica	LAEVOLAC	Lattulosio	LORMETAZEPAM	Lormetazepam
HEMOCROMO	Ferro trivalente, preparati orali - vari	LAMISIL	Terbinafina	LORXAGEN	Lorazepam
HIDONAC	Acetilcisteina	LAMISILMONO	Terbinafina	LUAN	Lidocaina cloridrato
IBIXA	Exiba	LANSOX	Lansoprazolo	LUCEN	Esomeprazolo
IBUSTRIN	Indobufene	LASSIFAR	Lattulosio	LUNIS	Flunisolide
IFENEC	Econazolo	LASTICOM	Azelastina	LURA	Tamsulosina
ILVIN	Bromfeniramina	LATTULAC	Lattulosio	LUTEOLAS	Etinodiolo ed estrogeno
IMOVAN	Zopiclone	LATTULOSIO	Lattulosio	LUVENIL	Vinburnina
IMOVANE	Zopiclone	LAXULAC	Lattulosio	LUXOBEN	Tiaprìde
IMOVAX TETANO	Anatossina tetanica	LEDERCORT	Triamcinolone	LUZUL	Lormetazepam
IMPROMEN	Bromperidolo	LEDERFOLIN	Calcio levofolinato	LYRINEL	Oxibutinina
INALONE	Beclometasone	LEGOFER	Ferro proteinsuccinilato	MADAR	Nordazepam
INDOBUFENE	Indobufene	LEGOFER FOLINICO	Ferro in associazione con acido folico - vari	MAIND	Piritinolo
INDOSTAC	Indobufene	LENDORMIN	Brotizolam	MATRIX	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo scheletrico
INFERIL	Ferro trivalente, preparati orali - vari	LENTOSTAMIN	Clorfeniramina	MECLON	Associazioni di derivati imidazolici
INHISTON	Feniramina	LERISUM	Medazepam	MEMANTINA	Exiba
INIMUR	Nifuratel	LEVANXOL	Temazepam	MENADERM SIMPLEX	Beclometasone
INTRAFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	LEVOFOLINE	Calcio levofolinato	MENINGITEC	Meningococco C, antigene polisaccaridico purificato coniugato
IODOSORB	Cadexomero iodico	LEVOPRAID	Levosulpiride	MENOVIS	Progesterone ed estrogeno
IPERCORTIS	Triamcinolone	LEVOREACT	Levocabastina	MENTIUM	Pirisudanololo
IPERTROFAN	Mepartricina	LEVOSTAB	Levocabastina	MEPRAL	Esomeprazolo
IPERTROFAN	Mepartricina	LEXOTAN	Bromazepam	MERUVAX II	Vaccino antirosolia, vivo attenuato
IPNOLOR	Lormetazepam	LEXOTANIL	Bromazepam	METILRO	Metirosanilina
IPOCROMO	Ferro trivalente, preparati orali - vari	LIMBIAL	Oxazepam	METILTION	Altri antimicotici per uso topico
ISAIRON	Ferro-condroitin solfato complesso	LIMPIDEX	Lansoprazolo	MEXYLOR	Lormetazepam
ISNADERM	Fluocinolone acetoneide	LINK	Citicolina	MIALIN	Alprazolam
ISOGYN	Isoconazolo	LISIOFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	MICETAL	Flutrimazolo
ITALPRID	Tiaprìde	LIVOSTIN	Levocabastina	MICLAST	Ciclopirox
KENACORT	Triamcinolone	LOCAFLOU	Corticosteroidi - vari	MICOCID	Acido undecilenico
KENTERA	Oxibutinina	LOCALYN	Fluocinolone acetoneide	MICODERM	Miconazolo
KETOCONAZOLO EG	Ketoconazolo	LOCETAR	Amorolfina	MICOMAX	Miconazolo
KLIIGEST	Noretisterone ed estrogeno	LOCRINOLYN	Corticosteroidi - associazioni varie	MICOMICEN	Ciclopirox
KOFIMUCIL MUCOL.	Acetilcisteina	LOGAN	Citicolina	MICONAL	Miconazolo
KOVILEN	Nedocromil	LOMEXIN	Fenticonazolo	MICONAZOLO	Miconazolo
KOVINAL	Nedocromil	LORALIN	Lorazepam	MICOS	Econazolo
		LORANS	Lorazepam		
		LORAZEPAM	Lorazepam		

Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
MICOSTEN	Econazolo	NEUREX	Citicolina	OPSYCON	Zolpidem
MICOTEF	Miconazolo	NEUROTON	Citicolina	OSFOLATO	Calcio folinato
MICOXOLAMINA	Ciclopirox	NEXIUM	Esomeprazolo	OSMOLAC	Lattulosio
MICROPAM	Diazepam	NICERGOLINA	Nicergolina	OSSIBUTININA	Ossibutinina cloridrato
MICTONORM	Propiverina	NICERGOLYN	Nicergolina	OSSITEN	Acido clodronico
MIDERM	Miconazolo	NICETILE	Levoacetilcarnitina cloridrato	OSTEONORM	Acido clodronico
MIDORM A.R.	Flurazepam	NICHOLIN	Citicolina	OSTEOSTAB	Acido clodronico
MINIAS	Lormetazepam	NICODOSE	Nicotina	OVARAS	Etinodiolo ed estrogeno
MITIDIN	Nitrazepam	NICOLSINT	Citicolina	OXAPAM	Oxazepam
MITTOVAL	Alfuzosina cloridrato	NICOPATCH	Nicotina	OXIBUTININA CLORIDRATO	Oxibutinina
MOGADON	Nitrazepam	NICORETTE	Nicotina	PASADEN	Etizolam
MOMET	Mometasone	NICORETTEICY	Nicotina	PAUSENE	Preparati sequenziali estrogeno-progestinici - vari
MONTRICIN	Mepartricina	NICOTINELL MINT	Nicotina	PAXIPAM	Halazepam
MOTICLOD	Acido clodronico	NICOTRANS	Nicotina	PENTICORT	Aminonide
MUCISOL	Acetilcisteina	NIFURATEL FMT	Nifuratel	PERMIXON	Repentina
MUCOFIAL	Acetilcisteina	NIKLOD	Acido clodronico	PERNEXIN	Ferrico proteinsuccinilato
MUCOFRIN	Acetilcisteina	NIMBISAN	Brotizolam	PERSANTIN	Dipiridamolo
MUCOMIST	Acetilcisteina	NIOGERMOX	Ciclopirox	PEVARYL	Econazolo
MUCOMUCIL	Acetilcisteina	NIOTAL	Zolpidem	PIERMAP	Medrossiprogesterone
MUCOXAN	Acetilcisteina	NIQUITIN	Nicotina	PIGENIL	Prunus africana corteccia
MUNDOSON	Mometasone	NISTATIN FN	Nistatina	PIGENIL	Pigelina
MUSE	Alprostadiil	NIZACOL	Miconazolo	PIRACETAM AGE	Piracetam
MYCOSTATIN	Nistatina	NIZORAL	Ketoconazolo	PIRROXIL	Piracetam
MYROL	Diidroergocriptina mesilato	NOAN	Diazepam	PIVANAZOLO	Miconazolo
N-ACETILCISTEINA GRP	Acetilcisteina	NOBRIUM	Medazepam	PLACTIDIL	Picotamide
NASACORT	Triamcinolone	NOCTAMID	Lormetazepam	PNEUMO 23	Antigene pneumococcico, polisaccaridico purificato
NASICORTIN	Desametasone	NOOTROPIL	Piracetam	PNEUMOPUR	Antigene pneumococcico, polisaccaridico purificato
NASKA	Propenidazolo	NORMASE	Lattulosio	PNEUMOVAX	Antigene pneumococcico, polisaccaridico purificato
NASOFAN	Fluticasone	NORMISON	Temazepam	PNU-IMUNE 23	Antigene pneumococcico, polisaccaridico purificato
NASOMIXIN	Idrocortisone	NORMOBREN	Levoacetilcarnitina cloridrato	POLAMIN	Desclorfeniramina
NASONEX	Mometasone	NORMOFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	POLARAMIN	Desclorfeniramina
NEBID	Testosterone	NORZETAM	Piracetam	POLINAZOLO	Econazolo
NEISVAC-C	Meningococco C, antigene polisaccaridico purificato coniugato	NOTTEM	Zolpidem	POLINEURAL	Citicolina
NENIA	Zopiclone	NOVODIL	Dipiridamolo	PORTOLAC	Lattulosio
NEOCROMATON BIC FERRO	Ferro, polivitaminici ed acido folico	NUVELLE	Levonorgestrel ed estrogeno	PRADIF	Tamsulosin
NERISALIC	Diflucortolone	OMEPRAZEN	Esomeprazolo	PRAMISTAR	Pramiracetam
NERISONA	Diflucortolone	OMNIC	Tamsulosina		
NEUPRAMIR	Pramiracetam	OMNIDERM	Fluocinolone acetoneide		
		ONILAQ	Amorolfina		
		ONIRIA	Quazepam		

Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
PRAXILENE	Naftidrofurile	RESMINA	Diosmina	SINKRON	Citicolina
PRAZENE	Prazepam	RILAPROST	Repentina	SINTOCLAR	Citicolina
PRAZEPAM EG	Prazepam	RINAZINA ANT.	Azelastina	SOCLOMAT	Acido clodronico
PREGNYL	Gonotropina corionica	RINEDRONE	Desametasone	SOLMUCOL	Acetilcisteina
PREMELLE C	Medrossiprogesterone ed estrogeno	RINELON	Mometasone	SONATA	Zaleplon
PREMIA	Medrossiprogesterone ed estrogeno	RINOCLENIL	Beclometasone	SONGAR	Triazolam
PREMPAK	Medrogestone ed estrogeno	RIZEN	Clotiazepam	SONIREM	Zolpidem
PREVENAR	Antigene pneumococcico, coniugato polisaccaridico purificato	ROIPNOL	Flunitrazepam	SOPIVAN	Zopiclone
PRILAGIN	Miconazolo	ROSOVAX	Vaccino antirosolia, vivo attenuato	SPEDRA	Avanafil
PRILIGY	Dapoxetina	ROSSEPAR	Ferro trivalente, preparati orali - vari	STENOCOR 75	Dipiridamolo
PROBENA	Tamsulosina Cloridrato	ROXIAM	Remoxipride	STEROLONE	Fluocinolone acetoneide
PROCTOLYN	Fluocinolone acetoneide	ROXOLAC	Ciclopirox	STILNOX	Zolpidem
PROCTONIDE	Fluocinolone acetoneide	RUBEATEN BERNA	Vaccino antirosolia, vivo attenuato	STRATOFER	Ferrico proteinsuccinilato
PROFER	Ferro trivalente, preparati orali - vari	RUBROFERRINA	Ferro trivalente, preparati orali - vari	STREPTOPUR	Antigene pneumococcico, polisaccaridico purificato
PROSCAR	Finasteride	RUDIVAX	Vaccino antirosolia, vivo attenuato	SUADIAN	Naftifina
PROSTAPLANT	Altri farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna - associazioni varie	SABA	Repentina	SULAMID	Amisulpride
PROSTAPLANT	Serenoa/Ortica	SANIFER 40	Ferro trivalente, preparati orali - vari	SULTON	Calcio folinato
PROSTATIL	Terazosina	SANIFOLIN	Calcio folinato	SURRENOL	Deflazacort
PROSTEREN	Repentina	SCIROPPO FENOGLIO	Ferro trivalente, preparati orali - vari	SUSTEMIAL	Ferroso gluconato
PROSTIDE	Finasteride	SCLERAMIN	Vinburnina	SYNFLORIX	Antigene pneumococcico polisaccaridico purificato e Haemophilus influenzae, coniugati
PROTEOFERRINA	Ferrico proteinsuccinilato	SEBIPROX	Ciclopirox	SYNTARIS	Flunisolide
PROVERA	Medrossiprogesterone	SEREPRIE	Tiaprìde	TADENAN	Prunus africana corteccia
PSICOPERIDOL	Trifluoperidolo	SERMION	Nicergolina	TAIOFTAL	Triamcinolone
PSYCOTON	Piracetam	SERPAX	Oxazepam	TALACORT	Diflucortolone
QUANIL	Meprobamato	SERPENS	Repentina	TALOFEN	Pramazina
QUAZIUM	Quazepam	SERTACREAM	Sertaconazolo	TAMLIC	Tamsulosina cloridrato
QUILIBREX	Oxazepam	SERTADERM	Sertaconazolo	TAMSULOSIN	Tamsulosina
RAVATIO	Sildenafil	SERTADIE	Derivati imidazolici - vari	TAMSULOSINA	Tamsulosina
REKORD FERRO	Ferrico proteinsuccinilato	SERTAGYN	Derivati imidazolici - vari	TANRIX	Anatossina tetanica
REMDUE	Flurazepam	SIDEROFOLIN	Ferro in associazione con acido folico - vari	TAVOR	Lorazepam
REMEM	Pramiracetam	SIDEROGLOBINA	Ferro acetil transferrina	TEMETEX	Diflucortolone
REMIDE	Remoxipride	SIGMAFON	Mebutamato	TENSIPLEX	Vinburnina
REMINYL	Galantamina	SINAPSYL	Piracetam	TERAPROST	Vincamina
RESET	Aniracetam			TERAFLUSS	Terazosina
RESFOLIN	Calcio folinato			TERAZOL	Terconazolo
				TERAZOSINA	Terazosina
				TERBINAFINA	Terbinafina

Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo	Prodotto farmaceutico	Principio attivo
TERCONAL	Terconazolo	TRISEQUENS	Noretisterone ed estrogeno	VINCAFOLINA	Vincamina
TESOR-C	Noretisterone ed estrogeno	TRIVASTAN	Piribedil	VINCALEN	Vincamina
TESTOIRON	Testosterone	TROSYD	Tioconazolo	VINCAMIDOL	Vincamina
TESTOVIS	Testosterone	TURBINAL	Beclometasone	VINCAMIN	Vincamina
TETANOL	Anatossina tetanica	ULTRADERM	Fluocinolone acetoneide	VINCARI	Vincamina
TETATOX	Anatossina tetanica	ULTRAFLU	Acetilcisteina	VINCATREIS	Vincamina
THYMANAX	Agomelatina	ULTRALAN	Fluocortolone	VINSAL	Vincamina
TIBERAL	Ornidazolo	ULTRAPROCT	Fluocortolone	VRAAP	Vincamina
TIBERAL COMBI	Ornidazolo	UNICLAR	Mometasone	XANAX	Alprazolam
TICAVENT	Fluticasone	UNIFER	Ferrico ossido saccarato	XATRAL	Alfuzosina cloridrato
TIENOR	Clofazepam	UNOPROST	Terazosina	YELLOX	Bromfenac
TILADE	Nedocromil	URALYT	kalinacitrato	ZALAIN	Derivati imidazolici - vari
TILARIN	Nedocromil	URIVESC	Trospio	ZELORAM	Lorazepam
TILAVIST	Nedocromil	URIVESC	Trospio cloruro	ZERENE	Zaleplon
TINADERM	Tolnaftato	URODIE	Terazosina	ZIBREN	Levoacetilcarnitina cloridrato
TIOREST	Tioconazolo	VAC.ANTITET.ISI	Anatossina tetanica	ZOELY	Preparati sequenziali
TIROCLULAR	Acetilcisteina	VAC.DIFTO TETANO ISI	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	ZOLPEDUAR	estro-progestinici - vari
TOLMIGEN	Tolciclato	VAC.DT BEHRING.	Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	ZOLPIDEM	Zolpidem
TOLTERODINA DOC	Tolterodina		Anatossina tetanica, in associazione con anatossina differica	ZOPICLONE EG	Zopiclone
TONAMIL	Tonzilamina		Flurazepam	ZOTON	Lansoprazolo
TONOFOLIN	Calcio folinato	VALDORM	Agomelatina		
TOPSYN	Fluocinonide	VALDOXAN	Alprazolam		
TOVIAZ	Fesoterodina	VALEANS	Diazepam		
TOVIAZ	Fesoterodine fumarate	VALIUM	Flunitrazepam		
TRANCOCARD	Dipiridamolo	VALSERA	Isoxsuprina		
TRANQUIRIT	Diazepam	VASODILENE	Vincamina		
TRAVISCO	Trapidil	VASONETT	Idrocortisone		
TRAVOGEN	Isoconazolo	VASOSTERONE	Isoxsuprina		
TRAXOVICAL	Acido clodronico	VASOSUPRINA	Diidroergocristina		
TRENTAL	Pentoxifillina	VASOTON	Diazepam		
TREPIDAN	Praxepam	VATRAN	Xantinolo nicotinato		
TRI	Nitrazepam	VEDRIN	Diosmina		
TRIACORT	Triamcinolone	VENOSMINE	Flunisolide		
TRIAMVIRGI	Triamcinolone	VENTOFU	Lattulosio		
TRIAATOP	Ketoconazolo	VERELAIT	Solifenacina		
TRIAZOLAM	Triazolam	VESIKER	Solifenacina succinato		
TRICANDIL	Mepartricina	VESIKER	Beclometasone		
TRICLOSE	Azanidazolo	VIAREX	Etile Ioflazepato		
TRIFLU C FN	Trifluoperazina	VICTAN	Vincamina		
TRIMETON	Clorfeniramina	VINCADAR	Vincamina		
TRISAGON	Indobufene	VINCADIL	Vincamina		

MODELLO ODONTOIATRICO



MODELLO ODONTOIATRICO

Nome e Cognome _____

C.F. _____

Indirizzo _____

Luogo _____ CAP _____

Cure eseguite dal _____ al _____

PARTE GENERALE

Q.tà importo totale

PG	02	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio		€
----	----	---	--	---

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

Q.tà importo totale

RX	01	Radiografia endorale (ogni due denti)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
RX	03	Radiografia endorale completa delle arcate dentarie				€
RX	05	Ortopantomografia				€
RX	06	Teleradiografia				€

ABLAZIONE TARTARO (vedi note normative)

Q.tà importo totale

AB	01	Ablazione del tartaro (senza vincolo di età)		€
----	----	--	--	---

LEVIGATURA (vedi note normative)

Q.tà importo totale

AB	02	Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 4 denti - solo sopra i 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		

LEGATURA DENTALE (vedi note normative)

Q.tà importo totale

LE	01	Legature dentali extracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
LE	02	Legature dentali intracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA (vedi note normative)

Q.tà importo totale

RD	08	Gengivectomia (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
RD	09	Lembo gengivale (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
RD	10	Lembo mucogengivale (courettage a cielo aperto, posiz.apical. - per 4 denti - solo sopra i 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
RD	12	Chirurgia ossea resettiva (incluso il lembo di accesso - ad arcata)	arcata superiore			€
			arcata inferiore			
RD	17	Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali (solo sopra i 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
RD	19	Molaggio selettivo parziale/totale (solo al di sopra dei 16 anni di età)				€

AMPUTAZIONI RADICOLARI (vedi note normative)

Q.tà importo totale

AM	01	Amputazioni radicolari (per radice, escluso il lembo di accesso)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		

PROFILASSI (fino ai 12 anni di età)

Q.tà importo totale

TC	01	Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale di oligoelementi	arcata superiore			€
			arcata inferiore			
SI	01	Sigillatura di solchi per dente (fino a 12 anni di età, erogabile una sola volta nella vita associativa)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		
SI	02	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpare	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ²		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		

MODELLO ODONTOIATRICO

CHIRURGIA					Q.tà	importo totale
CO	01	Estrazione di dente o radice	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
CO	03	Estrazione di un dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito (escluso comp. anestesista)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
CO	05	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
CO	18	Disinclusione denti ritenuti	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
CO	19	Estrazione di dente soprannumerari	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
RIZOTOMIA					Q.tà	importo totale
RZ	11	Rizotomia	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA (vedi note normative)					Q.tà	importo totale
AS	01	Intervento per biopsie (escluso esame istologico)				€
AS	02	Apicectomia (cura canalare a parte)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
AS	03	Asportazione di epulide				€
AS	04	Intervento chirurgico preprotetico (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomie, etc.)				€
AS	05	Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, del palato o del labbro e del pavimento orale				€
AS	06	Intervento di rimozione cisti mascellari/mandibolari (qualsiasi sede) incluso l'esame istologico (*)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
(*) Intervento di rimozione cisti mascellare/mandibolari. Per ottenere il contributo è <u>indispensabile</u> allegare alla fattura la copia del referto relativo all'esame istologico						
INTERVENTI DI CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA (vedi note normative)					Q.tà	importo totale
CH	01	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)				€
CG	02	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)				€
CH	03	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)				€
CG	04	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)				€
DZ	05	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore destra)				€
DZ	06	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore sinistra)				€
IMPLANTOLOGIA (vedi note normative) ATTENZIONE le cure implantologiche devono essere coerenti tra loro e con le relative protesi.					Q.tà	importo totale
IM	12	Impianto osteointegrato	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
IM	13	Moncone pilastro per protesi su impianto osteointegrato	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
IMPIANTI SU PROTESI TOTALE MOBILE SU ARCATA EDENTULA (vedi note normative)					Q.tà	importo totale
PI	01	Impianto osteointegrato per protesi mobile totale PR0057 (massimo 2 per emiarcata)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
PI	02	Moncone pilastro per protesi totale mobile (massimo 2 per emiarcata)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
IMPIANTI SU PROTESI TOTALE FISSA SU ARCATA EDENTULA (vedi note normative)					Q.tà	importo totale
IP	01	Impianto osteointegrato per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula SP0000 - SP0001 (massimo 3 per emiarcata)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
IP	02	Moncone pilastro per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula (massimo 3 per emiarcata)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	2 3 4 5 6 7 8 3		
RICOSTRUZIONE ARCATA DENTARIA (vedi note normative)					Q.tà	importo totale
SP	01	Protesi fissa di ricostruzione per arcata superiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica) (inclusi gli elementi dentali)				€
SP	02	Protesi fissa di ricostruzione per arcata inferiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica) (inclusi gli elementi dentali)				€

MODELLO ODONTOIATRICO

CONSERVATIVA (vedi note normativa)				Q.tà	importo totale
CA	01	Cavità di V° classe di Black	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
CN	01	Cavità di 1° classe di Black	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
CN	02	Cavità di 2° classe di Black	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
CN	04	Cavità di 3° classe di Black	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
CN	05	Cavità di 4° classe di Black	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
CN	08	Ricostruzione moncone in materiale composito (terapia conservativa per il posizionamento di una corona)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
ENDODONZIA (vedi note normativa)				Q.tà	importo totale
EN	01	Endodonzia (prestazione ad un canale - comprese Rx)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
EN	02	Endodonzia (prestazione a due canali - comprese Rx)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
EN	03	Endodonzia (prestazione a tre o quattro canali - comprese Rx)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PC	01	Apeccificazione (unico contributo e fino a 12 di età)			€
PERNO MONCONE				Q.tà	importo totale
PE	01	Perno moncone su dente naturale (qualsiasi tecnica)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PROTESI PROVVISORIE				Q.tà	importo totale
VV	01	Corona provvisoria in resina	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
VV	04	Protesi mobile parziale provvisoria in resina (solo la struttura)	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
VV	05	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
VV	07	Protesi mobile parziale provvisoria in resina (costo non distinto tra struttura ed elementi)	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
VV	06	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
VV	03	Protesi mobile totale provvisoria in resina, per arcata (inclusi gli elementi dentali)	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
PROTESI DEFINITIVE (vedi note normativa)				Q.tà	importo totale
PR	02	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	04	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	06	Corona o elemento di ponte in L.N.P. e ceramica	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	07	Corona o elemento di ponte in ceramica, L. P. e ceramica, titanio ceramica (Contributo erogabile solo dietro rilascio del certificato di conformità)	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	41	Corona fusa fresata	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	42	Corona oro ceramica fresata	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	20	Intarsio in composito	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	21	Intarsio in ceramica	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	
PR	23	Onlay in composito	1 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 2	€
			4 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 3	

MODELLO ODONTOIATRICO

				Q.tà	importo totale
PR	24	Onlay in ceramica vetrosa	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
PROTESI MOBILE (vedi note normative)					
PR	57	Protesi mobile totale per arcata con denti in resina		Q.tà	importo totale
			arcata superiore		€
			arcata inferiore		
OLTRE LA PROTESI					
PA	01	Griglia per protesi totale - ad arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Barra di rinforzo)		Q.tà	importo totale
			arcata superiore		€
			arcata inferiore		
PA	02	Barra di rinforzo per protesi totale in cromo/cobalto ad arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Griglia per protesi totale)			€
			arcata superiore		
			arcata inferiore		
ALTRE PROTESI (vedi note normative)					
SH	01	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	08	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	04	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	09	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	02	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata superiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	10	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	03	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata inferiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	11	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	06	Protesi mobile parziale definitiva in resina			€
			arcata superiore		
			arcata inferiore		
PR	64	Elemento in resina per protesi mobile parziale definitiva	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	13	Protesi mobile parziale definitiva in resina (costo non distinto tra struttura ed elementi)			€
			arcata superiore		
			arcata inferiore		
PR	89	Elemento in resina per protesi mobile parziale definitiva	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	05	Maryland bridge (struttura)			€
			arcata superiore		
			arcata inferiore		
PR	86	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
PR	87	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
SH	12	Maryland bridge (costo non distinto tra struttura ed elementi)			€
			arcata superiore		
			arcata inferiore		
PR	86	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
PR	87	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
RIMOZIONE					
RM	01	Rimozione corona od elemento di protesi fissa		Q.tà	importo totale
			¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		
RM	02	Rimozione di perno radicolare			€
			¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8		
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		

MODELLO ODONTOIATRICO

RIBASAMENTO/RIPARAZIONE (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
RI	01	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema diretto	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
RI	02	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema indiretto	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
RI	03	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema diretto	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
RI	04	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema indiretto	arcata superiore		€
			arcata inferiore		
RI	06	Riparazione della copertura in resina/composito/ceramica della struttura metallica delle corone (ad elemento dentale)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	

ESAMI

RE	01	Registrazione dei rapporti intermassellari con arco facciale e studio del caso in articolatore		€
RE	02	Registrazione dei rapporti intermassellari con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso		€

GANCI

				Q.tà	importo totale
GA	01	Gancio a filo in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	
GA	03	Gancio fuso in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	
GA	04	Gancio fuso in L.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	

ATTACCHI

				Q.tà	importo totale
AT	01	Attacco di semiprecisione fuso in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	
AT	02	Attacco di semiprecisione fuso in L.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	
AT	03	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	
AT	04	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1	² 1 2 3 4 5 6 7 8	€
			₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	₃ 1 2 3 4 5 6 7 8	

Totale generale

	€
--	---

La ricevuta/fattura a saldo lavori n. _____ del _____ è relativa alle prestazioni sopra esposte in questo modello odontoiatrico

Eventuali acconti ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Data: _____

cambiare il numero del quadrante in caso di denti decidui	5 / 1	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	2 / 6
	8 / 4	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	3 / 7

RIEPILOGO DELLA NORMATIVA ODONTOIATRICA (Testo Unico Normativo ASSILT Articolo 10 - Punto 1)

(leggere con attenzione)

a. Visite specialistiche e predisposizione piano di cura

Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione del piano di cura.

b. Trattamenti conservativi/endodontici

Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi, non sono erogabili per lo stesso elemento contributi per eventuali trattamenti conservativi o endodontici successivi se non trascorsi almeno 5 anni dalla precedente contribuzione.

Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento nuovi contributi per eventuali trattamenti conservativi o endodontici successivi, se non trascorsi almeno 5 anni dalla precedente contribuzione.

Il trattamento canalare si intende comprensivo di tre radiografie di controllo ad esclusione di quella diagnostica.

La prestazione ODCA0001 (V classe) è rimborsabile anche se eseguita sullo stesso elemento dentario sul quale sia già stata eseguita una qualsiasi altra prestazione conservativa, indipendentemente dalla presenza di vincoli di temporizzazione ancora vigenti. Da quel momento per tale prestazione parte la temporizzazione dei 5 anni.

Nel caso in cui il dente sottoposto a terapia endodontica (codici ODEN0001-02-03) sia ricostruito con una Otturazione della cavità di accesso, è possibile riconoscere la contemporanea erogazione di un contributo per le prestazioni di odontoiatria conservativa comprese nei codici ODCN0001 - 2 - 4 - 5.

Nei limiti temporali sopra indicati, la prestazione "Ricostruzione moncone in materiale composito o amalgama" (ODCN0008) è erogabile per la terapia conservativa eseguita successivamente alla terapia endodontica prima di posizionare un manufatto protesico (corone di qualsiasi tipo, onlay, intarsio).

Le prestazioni di "conservativa" non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura e per lo stesso elemento dentale con le seguenti prestazioni: "Ricostruzione moncone in materiale composito e amalgama", corone" di qualsiasi tipo, "onlay o inlay (intarsio)".

Per i seguenti trattamenti conservativi/endodontici non sono previste erogazioni di contributi oltre il 12° anno di età:

- sigillatura dei solchi per dente (contributo erogabile una sola volta per elementi dentali mai sottoposti ad alcuna terapia conservativa, endodontica o protesica);
- trattamento chimico della ipersensibilità con oligoelementi (per arcata - ogni 18 mesi);
- amputazione coronale della polpa per elemento dentale - contributo erogabile una sola volta);
- apacificazione (un unico contributo).

c. Igiene orale, Parodontologia e trattamenti

ASSILT non riconosce contributi per levigatura delle radici, curettage gengivale, legatura dentale, molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati a iscritti di età inferiore ai 16 anni, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (vedi Art.11 - Punto 10. Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario "Gravi patologie oro-dentali").

ASSILT riconosce contributi una sola volta per ogni socio per le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (vedi Art.11 - Punto 10. Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario "Gravi patologie oro-dentali").

Per le prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici e legature dentali, ASSILT non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non trascorsi 12 mesi dalla precedente contribuzione.

Le prestazioni di ablazione tartaro e levigatura delle radici e/o curettage gengivale sono alternative tra loro nello stesso piano di cura.

Le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura.

d. Denti soprannumerari

Sono erogabili contributi per l'estrazione dei denti "soprannumerari" se opportunamente documentati con certificato del dentista curante.

e. Protesi ed implantologia

In caso di erogazione di un contributo per la ricostruzione o sostituzione di un elemento dentale, sia in protesi fissa che rimovibile, devono trascorrere almeno 7 anni dal precedente trattamento protesico per l'erogazione di un nuovo contributo per intervento protesico sullo stesso dente.

Il limite dei 7 anni non sarà considerato nei casi di erogazioni riferite a riparazioni o ribasamenti della protesi totale e/o riparazione della copertura in

ASSILT non riconosce contributi in caso di perdita di un elemento o di tipo impianto osteointegrato tranne particolari casi da sottoporre alla Linea Sanitaria ASSILT - edentulia o perdita di elementi naturale pilastro - (Articolo 11 - Punto 10 "Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario).

Il contributo per la "Protesi fissa di ricostruzione dell'arcata edentula su impianti osteointegrati" è erogabile per ogni arcata una sola volta nella vita associativa.

In caso di realizzazione di un manufatto protesico "corona o elemento di ponte in ceramica, in Lega Preziosa e ceramica o titanio e ceramica" è indispensabile allegare alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista curante.

Sono erogabili contributi per la "protesi scheletrata" (ODSH0001 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6) distinti da quelli previsti per gli "elementi in resina" (ODPR0064).

Nella documentazione di spesa dovranno, pertanto, essere indicati separatamente il costo della struttura ed il costo degli elementi.

Se dalla documentazione di spesa non si evince il costo della struttura (protesi mobile parziale provvisoria o fissa, protesi scheletrata o Maryland Bridge) distinto da quello degli elementi dentali, sarà riconosciuto un contributo minore (vedi Allegato A - Tariffario odontoiatrico), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate. E' comunque indispensabile specificare gli elementi dentali interessati.

Sono erogabili contributi per gli "attacchi" e per i "ganci" solo nel caso in cui vengano realizzati manufatti protesici tipo protesi parziale o protesi scheletrata.

Sono erogabili contributi per massimo 2 impianti per emiarcata in caso di protesi totale mobile su arcata edentula.

Sono erogabili contributi per massimo 3 impianti per emiarcata in caso di protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula.

f. Interventi di chirurgia implantologica e di piccola chirurgia

ASSILT prevede un contributo erogabile "una sola volta nella vita associativa per emiarcata" per gli interventi di piccolo rialzo e grande rialzo del seno mascellare e per gli interventi di distrazione osteo-alveolare mandibolare, sulla base di quanto indicato dal proprio Tariffario Generale.

Nuovi contributi per "altri interventi di chirurgia implantologica", potranno essere corrisposti trascorsi almeno 7 anni dall'ultimo contributo erogato.

Gli interventi di "piccolo rialzo" e "grande rialzo" del seno mascellare sono alternativi tra loro nello stesso piano di cura e per la stessa emiarcata.

Il contributo per la "Distrazione osteo-alveolare" è erogabile ad emiarcata e per la sola arcata inferiore.

Nello stesso piano di cura sono concedibili contributi per entrambe le emiarcate inferiori previo parere Consulente Nazionale Odontoiatrico che valuterà la presenza di "edentulia bilaterale posteriore" opportunamente documentata da un supporto diagnostico (radiografia ortopantomica) e da una dettagliata dichiarazione del dentista curante.

Per l'intervento di rimozione di cisti mascellare/mandibolare è indispensabile allegare, alla documentazione di spesa, la copia del referto dell'esame istologico.

h. Cure ortodontiche e odontoiatriche eseguite in ambito pubblico

- Per le cure odontoiatriche eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie.

Il socio dovrà dichiarare (possibilmente la struttura stessa) che sta eseguendo le terapie fatturate indicando la data presunta di fine cura. Trascorsi 18 mesi dalla data della fattura, ASSILT considererà conclusi i lavori e potrà disporre i relativi accertamenti odontoiatrici.

Nel caso in cui le cure non venissero completamente eseguite il socio è tenuto ad informare tempestivamente l'Associazione ed a restituire i contributi eccedenti.

Questa pagina normativa non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico

MODELLO ORTODONTICO

Cognome e Nome _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Luogo _____ CAP _____

CHECK-UP

		<i>Importo</i>
CK	00 Rilievo impronte e preparazione modelli di studio	€
CK	02 Ortopantomografia	€
CK	03 Teleradiografia del cranio in proiezione perfetta con cefalostato	€
CK	04 Teleradiografia del cranio in proiezione postero-anteriore con cefalostato	€
CK	05 Teleradiografia del cranio in proiezione sub-mento vertice con cefalostato	€
CK	07 Rx occlusale	€
CK	08 Rx endorale (ogni due denti - indicare nel grafico gli elementi dentali, permanenti e/o decidui, interessati)	€
	5 / 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 / 6 8 / 4 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 / 7	
CK	09 Tracciato ed analisi cefalometrica	€
CK	10 Serie fotografica (otto)	€
CK	11 Analisi degli spazi con set-up	€
CK	12 Esame elettromiografico	€
CK	13 Esame kinesiografico	€

N. B. Tali prestazioni sono erogabili "una tantum" in fase diagnostica.

CK	15 Placca funzionalizzata	€
----	---------------------------	---

TERAPIA PREVENTIVA INTERCETTIVA (erogabile solo prima e separatamente dalla terapia attiva - vedi note)

		<i>importo</i>
PV	01 Preventiva-intercettiva con Mantentore di spazio fisso	€
PV	02 Preventiva-intercettiva con Mantentore spazio mobile	€
PV	04 Preventiva-intercettiva a Griglia fissa	€
PV	05 Preventiva-intercettiva con Griglia su app. amovibile	€
PV	06 Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per chiusura diastemi	€
PV	07 Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per correzione cross-bite	€
PV	08 Preventiva-intercettiva con Bande per ausiliario per aperture morso	€

TERAPIA ATTIVA (Contributi erogabili per massimo tre anni e una sola volta nella vita associativa)

PRIMO ANNO DI CURA (vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____			<i>importo</i>
TP	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - 1 ^a anno	€
TP	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€
<i>con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica</i>			
TP	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€
TP	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€
<i>senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica</i>			
TP	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€
TP	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€

SECONDO ANNO DI CURA ATTIVA (vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____			<i>importo</i>
TT	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - 2 ^a anno	€
TT	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€
<i>con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica</i>			
TT	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€
TT	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€
<i>senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica</i>			
TT	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€
TT	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€

TERZO ANNO DI CURA ATTIVA (ultimo anno - vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____			<i>importo</i>
TV	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - 3 ^a anno	€
TV	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€
<i>con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica</i>			
TV	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€
TV	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€
<i>senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica</i>			
TV	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€
TV	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€

M O D E L L O O R T O D O N T I C O

SEMESTRE (Termine della cura attiva - erogabile dopo il primo o il secondo anno - vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____

importo

TU	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - ult. sem.	€
TU	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€
con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica			
TU	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€
TU	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€
senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica			
TU	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€
TU	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€

CONTENZIONE (vedi note normative)

importo

DT	01	Contenzione a mezzo di Positioner preformati	€
DT	02	Contenzione a mezzo di Placche di Hawley	€
DT	03	Contenzione a mezzo di Arche linguali	€
DT	04	Contenzione a mezzo di Scheletrato	€
CK	15	Placca funzionalizzata	€
TOTALE			€

La ricevuta/fattura a saldo lavori n. _____ del _____ è relativa alle prestazioni sopra esposte in questo modello odontoiatrico

Eventuali ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Data: _____

RIEPILOGO DELLA NORMATIVA ODONTOIATRICA (Testo Unico Normativo ASSILT Articolo 10 - Punto.1)

(leggere con attenzione)

g. Ortognatodonzia

Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione dei piani di cura.

ASSILT eroga per la terapia ortognatodontica contributi per un periodo non superiore a tre anni di cura attiva e per entrambi le arcate. I contributi potranno essere concessi "una tantum" (una sola volta nella vita associativa) con le modalità più sotto indicate.

Le prestazioni eseguite in regime privato durante le diverse fasi del trattamento ortodontico (prestazioni di diagnostica, apparecchio intercettivo, ogni anno di terapia attiva e contenzione) devono essere fatturate "separatamente" in quanto il contributo può essere richiesto soltanto dopo aver eseguito la prestazione o la cura stessa.

Se il socio è in possesso di fatture che si riferiscono a più periodi di cura, potranno essere erogati contributi soltanto nel caso in cui il medico certifichi l'inizio e la fine di ogni singolo periodo di cura, a conferma che le terapie sono state effettivamente eseguite.

Modalità di concessione dei contributi

Nel periodo che precede l'inizio del trattamento ortodontico attivo sono erogabili contributi per:

- un "check up ortodontico" (modelli di studio, ortopanoramica, teleradiografia, fotografie, ecc.);
- un trattamento di tipo "preventivo-intercettivo"; tale contributo è distinto da quello previsto per la terapia attiva e non potrà, pertanto, essere fatturato insieme ad altri periodi di trattamento ortodontico attivo.

Inizio del trattamento ortodontico attivo e successivi anni di cura:

- la documentazione di spesa (acconto e saldo) deve essere inoltrata al fine della liquidazione del rimborso in modo distinto per ogni anno di cura e posticipatamente all'effettuazione della cura;
- la documentazione di spesa a saldo del "primo" anno di cura ortodontica attiva dovrà essere datata a terapia già effettuata; nella documentazione di spesa a saldo, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del primo anno di cura attiva (almeno 12 mesi dall'inizio della terapia ortodontica);
- la documentazione di spesa a saldo del "secondo" e "terzo" anno di cura potranno essere datate con un anticipo massimo di 60 giorni rispetto alla data della fattura dell'anno precedente; nella documentazione di spesa a saldo del "secondo" e del "terzo" anno, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del secondo, del terzo anno o dell'ultimo semestre di cura attiva;
- ASSILT non riconosce contributi per semestri di cura tranne a fine della terapia attiva nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine del semestre di cura attiva;
- per la contenzione è previsto un contributo (per entrambi le arcate) "una tantum" (una sola volta nella vita associativa) nell'intero periodo di cura, erogabile anche durante la terapia attiva o successivamente alla terapia preventiva intercettiva.

Si intendono esclusi dalle fasi di terapia attiva e di conseguenza da qualsiasi forma di rimborso, i periodi di attesa della permuta dentale.

Per le richieste di contributo relative alla correzione di una anomalie di 2a e 3a classe, è necessario allegare alla documentazione di spesa relativa il primo anno di cura, copia del tracciato ed analisi cefalometrica.

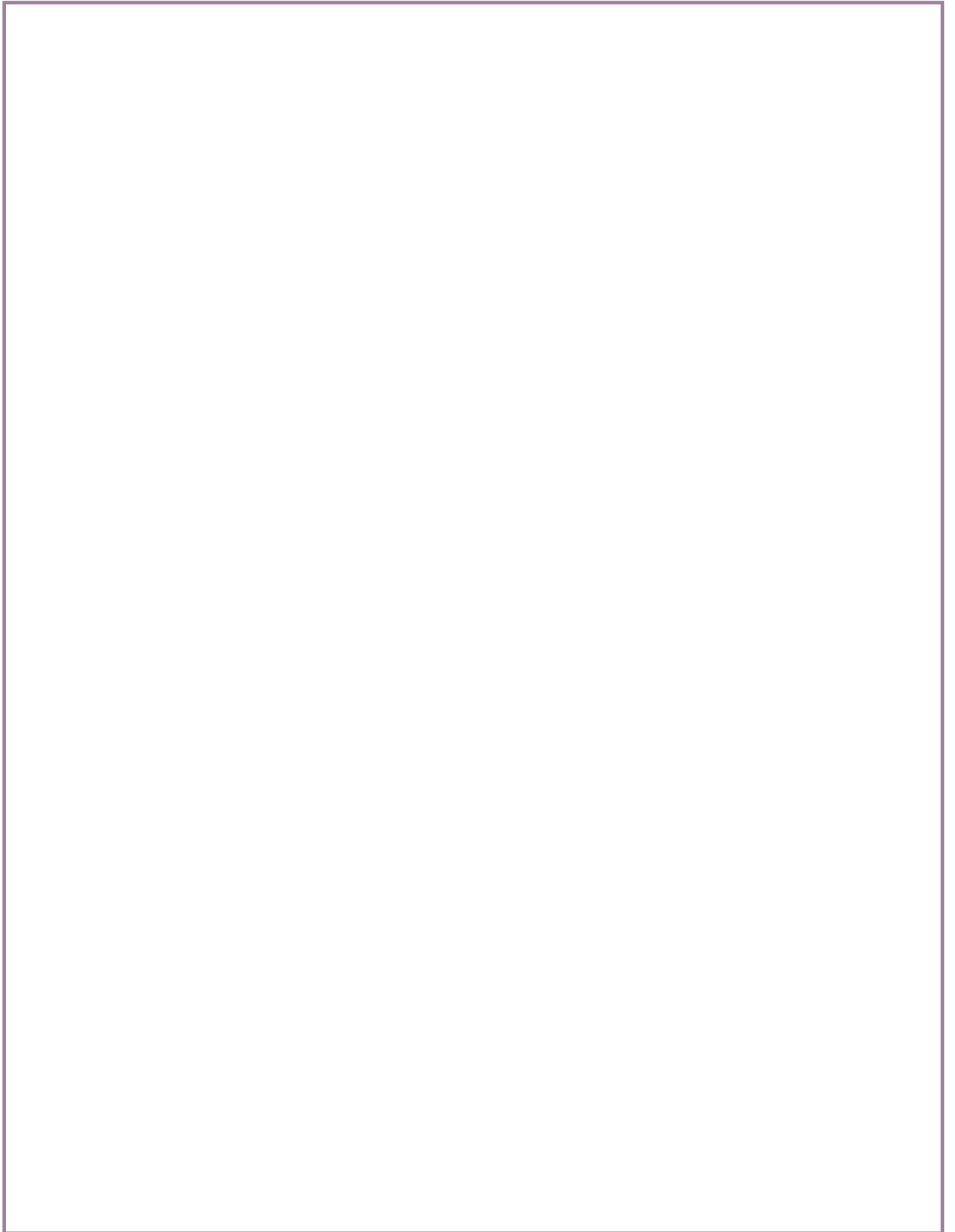
Per la 2a e 3a classe in assenza della copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica sarà riconosciuto un contributo minore (vedi Allegato A - Tariffario odontoiatrico), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui venissero presentati i documenti richiesti. Si eroga solo il contributo relativo alla 1a classe.

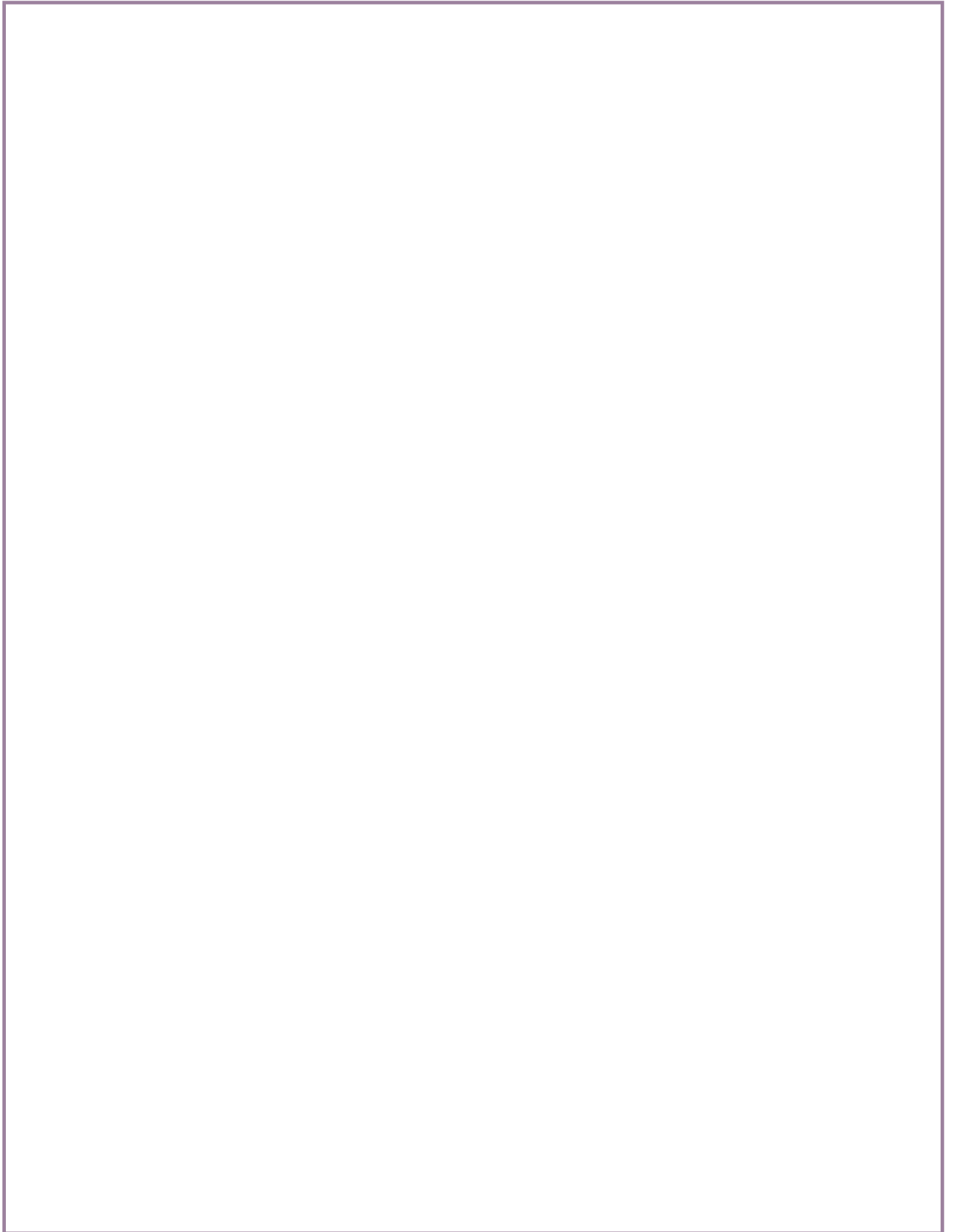
ASSILT non riconosce nuovi contributi per cicli di terapia attiva tranne particolari casi da sottoporre alla Linea Sanitaria ASSILT (Articolo 11 - Punto 10 "Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario).

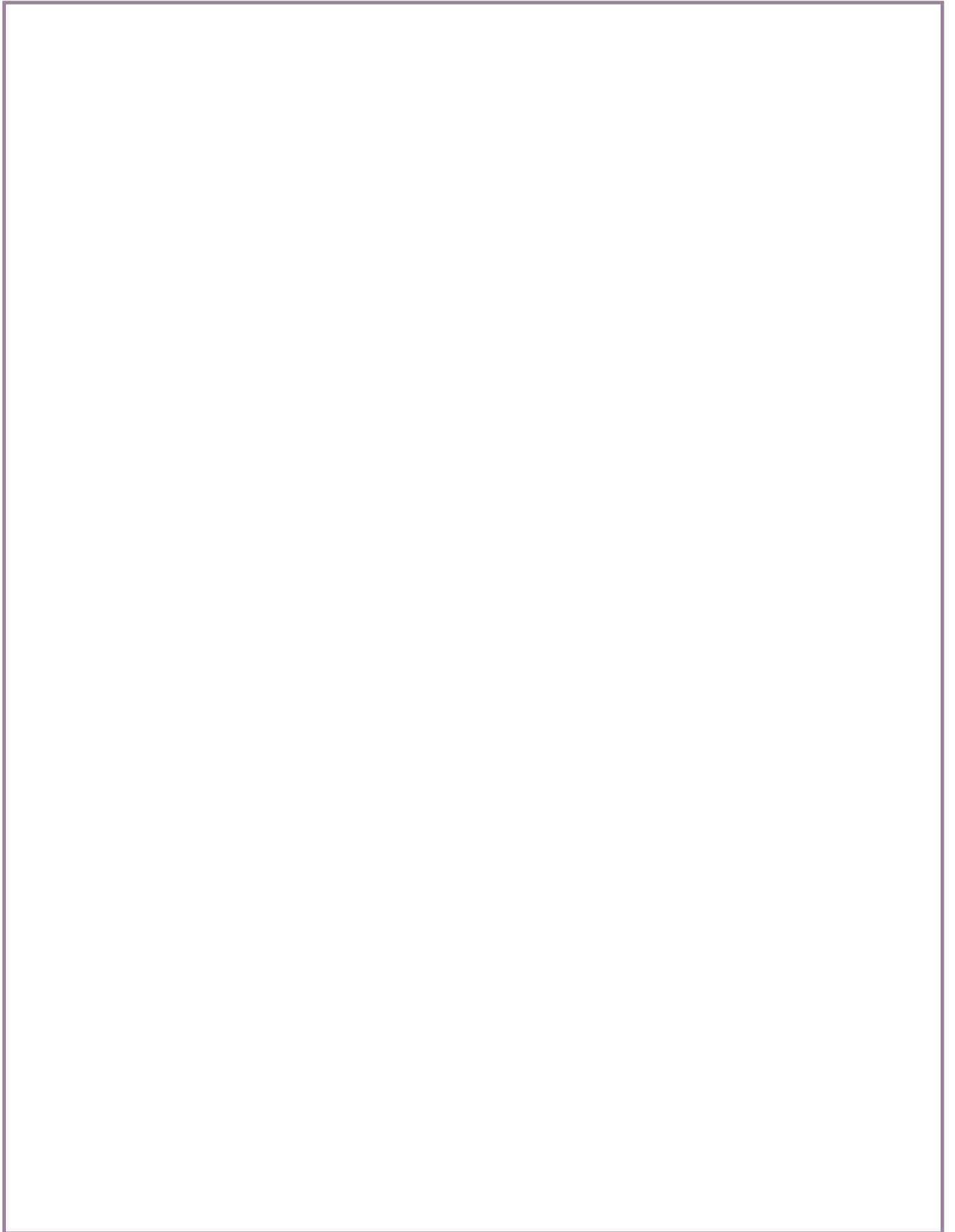
h. Cure ortodontiche e odontoiatriche eseguite in ambito pubblico

- Per le *terapie ortodontiche* eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie.

Questa pagina normativa non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico







Aiuta ASSILT: usa anche tu la Posta Elettronica!

Potrai ricevere Appunti con puntualità e direttamente al tuo indirizzo Internet.

È una scelta ecologica e consente all'Associazione, cioè a tutti noi, di eliminare i costi della carta e dell'invio postale.

Come fare? È facile! Inserisci il tuo indirizzo di posta elettronica nella sezione "Modalità di notifica" che si trova all'interno delle "Le mie impostazioni" raggiungibile nell'AREA PERSONALE del portale associativo www.assilt.it.

Non solo la rivista Appunti, ma tutte le comunicazioni di ASSILT ti raggiungeranno alla velocità di un...CLICK.

L'ambiente e ASSILT ti ringraziano



**Associazione per l'assistenza
sanitaria integrativa ai lavoratori
delle aziende del Gruppo Telecom Italia**