

TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT

(Approvato dal Consiglio di Amministrazione del 12 aprile 2017
ratificato dall'Assemblea dei Rappresentanti del 23 maggio 2017)

Data di decorrenza 1° luglio 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.

Possano, 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 (anche se legalmente separato);
- le persone legate dall'istituto delle unioni civili o convivenza di fatto ex Legge 76/2016;
- i figli od equiparati (*figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati ed affidati, nati da precedente matrimonio del coniuge o contraente di unione civile ex Legge 76/2016*) 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 presente nello stato di famiglia. 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 per l'iscrizione, ASSILT ha la facoltà di richiedere al Socio i necessari certificati anagrafici e/o il certificato della situazione reddituale dei beneficiari maggiorenni iscritti. Il Socio riconosce altresì ad ASSILT la facoltà di richiedere detto certificato all'Agenzia delle Entrate tramite apposita delega che il beneficiario sottoscriverà a favore di persone incaricate dall'Associazione anche ai fini della normativa in materia di privacy.

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 annua lorda.

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

Soci Lavoratori Ordinari e Aggiunti

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

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.

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.

Sospensione cautelativa diritto alle prestazioni

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.

Cessata la causa della sospensione, le pratiche non lavorate verranno rimborsate - sussistendo le condizioni - secondo normativa.

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 per i Soci di richiedere all'ASSILT 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 per i Soci di richiedere all'ASSILT 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 per i Soci di richiedere all'ASSILT i contributi associativi già 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.

Negli altri 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 del Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Delegato, consentire su domanda del Socio lavoratore la prosecuzione del diritto alle prestazioni sia per il Socio stesso che per i propri familiari beneficiari con conseguente sospensione del versamento del contributo associativo.

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 prestazioni 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 per la documentazione di spesa ortodontica (*Articolo 10 – Punto 1 Cure Odontoiatriche e Ortodontiche - lettera g*) e in casi eccezionali (lungi periodi di ricovero ospedaliero). Questi ultimi casi 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).

I contributi sono erogabili per prestazioni realizzate e fatturate da Medici Specialisti in Odontostomatologia oppure da Medici Odontoiatri. 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 esposte nel piano dei lavori rilasciato il _____".

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, courettage 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 courettage 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.

Nel caso in cui dal certificato si evince che il manufatto protesico è stato realizzato con un materiale diverso rispetto a quanto fatturato verrà riconosciuto l'importo corrispondente al materiale realmente utilizzato.

Sono erogabili contributi per la "protesi scheletrata" (ODSH0001 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6) distinti da quelli previsti per gli "elementi in resina" (ODPRO064).

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 per check up, placca funzionalizzata, terapia preventiva intercettiva, terapia attiva e contenzione potranno essere concessi "una tantum" (una sola volta nella vita associativa) con le modalità 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".

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;
- la documentazione di spesa a saldo del "primo" anno di cura ortodontica attiva dovrà essere datata a terapia già iniziata; 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;
- la documentazione di spesa a saldo del "secondo" e "terzo" anno di cura attiva potrà essere presentata 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 in ogni momento potrà disporre gli accertamenti volti a verificare l'effettiva esecuzione delle cure ortodontiche.

- 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, è 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 tipologia 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 lantano (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 occlusorie), 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, fisioterapia, 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, fisioterapia, 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 flebiche, 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 (equivalente alla 1° classe di compressione).

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, fisioterapia, 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.

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 intellettivo, 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
Otomicoscopia . 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/cardiacca (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

Diagnostica per immagine

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

Prestazioni di medicina nucleare

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, Ecocolor doppler (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

Esofagogastrosocopia 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

Rettosigmoidocolonsocopia con o senza biopsia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura

Colonsocopia 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 anestesicologica 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 fruitive 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, Ipoplasi 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/Ipertensione

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 predispone 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 è 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 è 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, 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 al 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 dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Visite specialistiche. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Terapia Fisica. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Prestazioni specialistiche. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Analisi cliniche. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Radiologia. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Pronto soccorso, ricovero. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Cure termali. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Ticket sanitari Fecondazione assistita. Contributo dell' 85% della spesa sostenuta
Quota ricetta. Contributo dell' 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, alcolizzazione, 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, Neuroradiologia, 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.

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, Fisiatria, 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 è 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*).

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, 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

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).

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, 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

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, ponendo il valore della visita medica in ragione di Euro 87,50;

- 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 al comfort alberghiero fino ad un massimo di Euro 350,00 ;
- 40% della spesa relativa alla degenza (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*) fino ad un massimo di Euro 350,00 ;

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 al comfort alberghiero fino ad un massimo di Euro 350,00 ;
- 40% della spesa relativa alla degenza (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*) fino ad un massimo di Euro 350,00 ;

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

Comfort alberghiero. Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 350,00

Degenza (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 350,00

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

Comfort alberghiero. Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 350,00

Degenza (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 350,00

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);
- 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 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-acute 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, 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 portatore di 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 - comportamentale (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), predispone 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 le spese sostenute per la permanenza e la 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), predispone 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

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

Comfort alberghiero. 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;
- 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 120 Euro (ogni visita) per l'eventuale visita medica specialistica eseguita da un Radioterapista Oncologo necessaria a valutare le modalità di effettuazione delle terapie radianti o dell'ipertermia;
- 80% della spesa per i farmaci antitumorali, 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 e l'ipertermia. Contributo dell' 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di Euro 120,00 (ogni visita)

Farmaci antitumorali, 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, Terapeuta 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;
- 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

Comfort alberghiero. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino al massimo di Euro 500,00 concedibili

Degenza per *assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino al massimo di Euro 1.500,00 concedibili

d. Trattamenti ortodontici pre-protesci

Nel caso di trattamento ortodontico pre-protescico 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 protescico;
- 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-protesci: 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 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 a proteici

Per quanto non erogabile dal S.S.N., ASSILT eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta per l'acquisto, di prodotti a proteici 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 a proteici. 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 mobilizzazione 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 portatori di handicap;
- 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 e 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 il comfort alberghiero fino ad un massimo di Euro 500,00;
- 60% della spesa relativa la degenza (assistenza, diagnostica, i farmaci ed il materiale vario di medicazione) fino ad un massimo di Euro 1.500,00.

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.

Previo valutazione della Linea Sanitaria, che verificherà la reale necessità, il comfort alberghiero è erogabile anche se l'intervento chirurgico è eseguito in ambito pubblico.

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

Comfort alberghiero. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 500,00

Degenza (assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.500,00

Punto 25. Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato

ASSILT eroga un contributo alle spese sostenute per interventi chirurgici effettuati in regime di 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, al comfort alberghiero 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 il comfort alberghiero fino ad un massimo di Euro 500,00;
- 60% della spesa relativa la degenza (assistenza, diagnostica, i farmaci ed il materiale vario di medicazione) fino ad un massimo di Euro 1.500,00.

Previa valutazione della Linea Sanitaria, che verificherà la reale necessità, il comfort alberghiero è erogabile anche se l'intervento chirurgico è eseguito in ambito pubblico.

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

Comfort alberghiero. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 500,00

Degenza (assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.500,00

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, al comfort alberghiero 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 al comfort alberghiero fino ad un massimo di Euro 500,00;
- 60% della spesa relativa la degenza (assistenza, diagnostica, i farmaci ed il materiale vario di medicazione) fino ad un massimo di Euro 1.500,00.

Previo valutazione della Linea Sanitaria, che verificherà la reale necessità, il comfort alberghiero è erogabile anche se l'intervento chirurgico è eseguito in ambito pubblico.

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

Comfort alberghiero. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 500,00

Degenza (assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di contributo erogabile di Euro 1.500,00

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 e 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'Articolo 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*)

PARTE III – ALTRE NORME

Articolo 12) Visite di accertamento

ASSILT, nei casi di accertamenti disposti dall'Associazione in merito alle prestazioni fruite 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 alle Autorità Inquirenti (Procura della Repubblica, Autorità di Pubblica Sicurezza).

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 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 miofunzionale” (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 miofunzionale” (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.