

Testo Unico Assilt

in vigore dal 1° gennaio 2020

Testo Unico Assilt

Titolo 1 - Dell'adesione all'Associazione

Art. 1 - Oggetto del Testo Unico Assilt

1. Il Testo Unico Assilt disciplina il rapporto associativo nelle sue vicende e definisce il contributo erogabile da Assilt per le prestazioni dallo stesso individuate, nonché gli altri interventi in favore dei Soci e dei Beneficiari, nel rispetto e in attuazione di quanto stabilito dallo Statuto.

Art. 2 - Destinatari, Soci

1. I Destinatari e i Soci sono definiti dall'art. 3 dello Statuto. A tal fine - fermo restando quanto previsto dallo Statuto all'art. 3, comma 1, lett. b) e g), per i Soci Pensionati - nel caso di cessazione del rapporto associativo per decesso del Socio Lavoratore, hanno facoltà di adesione i suoi superstiti titolari di pensione indiretta già Beneficiari al momento del decesso del Socio.

2. Il venir meno della pensione - indiretta o di reversibilità - è causa di cessazione del rapporto associativo.

3. I Destinatari possono iscriversi all'Associazione anche se fruiscono di altra forma, anche assicurativa, di assistenza sanitaria integrativa, fermo restando quanto stabilito dall'art. 1910¹ del Codice Civile e dal successivo art. 14, comma 3.

2

Art. 3 - Beneficiari

1. In attuazione dell'art. 4 (*"Beneficiari"*), comma 2, dello Statuto, possono essere iscritti all'Associazione esclusivamente i seguenti soggetti viventi a carico del Socio secondo quanto previsto al comma 2, e appartenenti alla famiglia anagrafica del Socio stesso - come definita dall'art. 4 del DPR 223/1989² - ovvero già appartenenti a questa e successivamente ricoverati presso Residenze Sanitarie Assistenziali [RSA], non aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da altri Enti o forme assicurative:

- il coniuge ovvero l'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso;
- i figli o equiparati (*adottivi e affidati*) di età inferiore ai 18 anni, anche se non appartenenti alla famiglia anagrafica del Socio per motivi di studio o a causa di separazione legale o divorzio;

¹ Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori

² A norma dell'art. 4 del D.P.R. n. 223/1989 per famiglia anagrafica si intende *"un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune"*

- i figli o equiparati (*adottivi e affidati*) maggiorenni fino al compimento del 26esimo anno di età, anche se non appartenenti alla famiglia anagrafica del Socio per motivi di studio o a causa di separazione legale o divorzio;
- i figli o equiparati (*adottivi e affidati*) maggiorenni, senza limiti di età che si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro, con invalidità al 100% certificata secondo le norme di legge;
- i fratelli, le sorelle e 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 almeno uno di essi si trovi, 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, e nel caso in cui la somma dei redditi di ciascuno non superi la misura prevista dalle norme di cui ai commi 2 e 3;
- il genitore superstite in caso di decesso dell'altro qualora si trovi 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 di separazione legale o divorzio uno o entrambi i genitori verificando il limite di reddito nei confronti di ciascun soggetto, ferma restando la condizione di disabilità;
- il convivente di fatto *ex lege* n. 76/2016, previa presentazione della certificazione anagrafica della convivenza stessa, nonché i conviventi di fatto che risultino coabitare e avere dimora abituale nello stesso Comune (*stato di famiglia*) da non meno di 12 mesi; sono in ogni caso esclusi i parenti del convivente;
- i fratelli, le sorelle e i nipoti e i genitori già iscritti al 31 dicembre 2018, nei limiti e alle condizioni di cui alle disposizioni previgenti. Questa disposizione non trova applicazione nel caso di perdita dei requisiti per l'iscrizione.

Per i figli di genitori entrambi Soci, l'iscrizione può essere richiesta da un solo genitore; in caso di separazione o divorzio di genitori entrambi Soci, l'iscrizione dei figli è consentita al genitore in grado di certificarne la presenza nella propria famiglia anagrafica mediante Stato di Famiglia, fatta salva la fattispecie di non appartenenza relativa ai motivi di studio.

Il trasferimento di famiglia anagrafica dall'uno all'altro genitore di figli già Beneficiari è consentito previo consenso formalmente espresso nei confronti dell'Associazione da parte di entrambi i genitori ovvero su esplicita istanza del Giudice in caso di separazione o divorzio.

2. Sono considerati viventi a carico del Socio i soggetti di cui al comma 1, con esclusione dei figli o equiparati di età inferiore ai 18 anni, per i quali sia accertato, al momento della prima iscrizione e al 1 luglio di ogni anno per i Beneficiari già iscritti, un reddito fiscale imponibile complessivo - secondo quanto previsto al comma 5 - non superiore a quello fissato dal Consiglio di Amministrazione. Tale reddito, escluso quello riconducibile all'abitazione principale, è al lordo degli oneri deducibili e comprende eventuali redditi soggetti a tassazione agevolata o separata (*ad esempio, cedolare secca, TFR*). Il limite di reddito è rivalutato annualmente dal Consiglio di Amministrazione, entro il 30 giugno di ogni anno,

sulla base dell'indice nazionale ISTAT relativo ai prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati [F.O.I. (nt) 3.3] relativo all'anno precedente.

3. Per i Beneficiari che si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a 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.
4. L'efficacia della prima iscrizione di un Beneficiario maggiorenne è subordinata, oltre che agli adempimenti della normativa in tema di *Privacy*, alla presentazione dal parte del Socio di una dichiarazione del Beneficiario stesso relativa ai requisiti reddituali di cui ai commi 2 e 3. Per le iscrizioni effettuate dal 1 gennaio al 30 giugno la dichiarazione è relativa ai redditi dell'anno fiscale precedente meno 1; per le iscrizioni effettuate dal 1 luglio al 31 dicembre la dichiarazione è relativa all'anno fiscale precedente. Presentata la dichiarazione il diritto alle prestazioni decorre dai termini di cui all'art. 6, comma 7.
5. Per il mantenimento dell'iscrizione dei Beneficiari maggiorenni già iscritti, al 30 giugno di ogni anno il Socio convalida i requisiti anagrafici (*appartenenza alla famiglia anagrafica*) e quelli reddituali. In difetto, il rapporto associativo è risolto con effetti dallo scadere del 30 giugno.
6. Il Socio comunica tempestivamente all'Associazione ogni modifica di carattere anagrafico che rileva ai fini della corretta applicazione del presente Testo Unico. In difetto il comportamento del Socio è oggetto di valutazione a fini sanzionatori.

Art. 4 - Adesione

4

1. Fermo restando quanto previsto dall'art 5 (*"Modalità di adesione"*) dello Statuto, l'adesione è subordinata all'accettazione dei principi contenuti nel Codice Etico del *Welfare*. All'atto dell'adesione il Destinatario comunica all'Associazione, oltre alle generalità, il Codice IBAN, un indirizzo *e-mail* e un numero di cellulare per le comunicazioni da e verso l'Associazione stessa.
2. Nei casi previsti dallo Statuto e dal presente Testo Unico è in facoltà dei Soci Lavoratori aderire all'Associazione in qualità di Soci Pensionati in occasione della cessazione del rapporto di lavoro con effetto dal primo giorno successivo alla risoluzione del rapporto di lavoro stesso, autorizzando l'Azienda di appartenenza alla trattenuta corrispondente alla contribuzione dovuta all'Associazione. In tali casi il diritto alle prestazioni prosegue senza soluzione di continuità (cd. *Iscrizione in continuità*). Qualora la cessazione del rapporto di lavoro avvenga sino allo scadere del 30 giugno l'iscrizione in continuità ha effetto fino al 31 dicembre dello stesso anno; qualora la cessazione avvenga dopo il 30 giugno l'iscrizione produce effetto fino al 31 dicembre dell'anno successivo.

Art. 5 – Contribuzione

1. Dal 1° gennaio 2015 le aliquote di finanziamento a favore dell'Associazione sono così determinate:
 - a) 1,75% delle retribuzioni imponibili ai fini previdenziali dovute ai Lavoratori iscritti all'Associazione, a carico dell'Azienda Socia;

- b) 0,60% della retribuzione mensile imponibile ai fini previdenziali, a carico del Socio Lavoratore;
 - c) 1,70% della pensione o dell'isopensione annua lorda, a carico del Socio Pensionato.
2. La contribuzione di cui alle lett. b) e c) del comma precedente non può essere inferiore a 91 euro in ragione d'anno, fermo restando quanto stabilito all'art. 10.
3. La percentuale di cui alla lett. c) del comma 1 è applicata dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello in cui è stato percepito per un intero anno solare il trattamento di pensione o di isopensione; fino a quella data il contributo è determinato dal Consiglio di Amministrazione in misura forfettaria, in base alla contribuzione media dovuta dai Soci Pensionati percettori di pensione o di isopensione.
4. Il versamento del contributo di cui alle precedenti lettere a) e b) avviene da parte delle Aziende mediante bonifico bancario mensile; il versamento del contributo di cui al punto c), di carattere annuale per anno solare, avviene in unica soluzione anticipata, mediante bollettino postale ovvero addebito bancario; è in facoltà del Socio Pensionato effettuare il versamento della quota annuale in quattro rate trimestrali (*dicembre, marzo, giugno e settembre*).

Art. 6 - Diritto alle prestazioni

1. Per i Soci Lavoratori il diritto alle prestazioni decorre dal primo giorno del mese di effettiva contribuzione.
2. Per i Soci Pensionati il diritto alle prestazioni decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di effettiva contribuzione.
3. I Soci di cui alle lett. b) e g) dell'art. 3 ("*Destinatari e Soci*") dello Statuto che siano cessati dal servizio entro il 30 dicembre 2016 in attuazione di specifici accordi collettivi in materia di mobilità *ex lege* 223/1991, e che abbiano maturato i requisiti di accesso al trattamento pensionistico nel periodo di fruizione dell'indennità di mobilità, mantengono il diritto a iscriversi in continuità.
4. I Soci di cui alle lett. b) e g) dell'art. 3 dello Statuto che siano cessati dal servizio in attuazione di specifici accordi collettivi in applicazione dell'art. 4 della Legge n. 92/2012 mantengono il diritto a iscriversi in continuità; contestualmente alla richiesta d'iscrizione autorizzano la Società datore di lavoro a comunicare ad ASSILT l'importo mensile lordo certificato e la data fine del trattamento della propria isopensione.
5. I Soci di cui alle lett. b) e g) dell'art. 3 dello Statuto che siano cessati dal servizio in attuazione di specifici accordi collettivi in materia di Licenziamenti collettivi per riduzione di personale *ex lege* n. 223/1991 e che maturino i requisiti di accesso al trattamento pensionistico nel periodo di fruizione della NASPI mantengono il diritto ad iscriversi in continuità.
6. La documentazione che convalida il diritto dei Soci Pensionati è il certificato di pensione o di isopensione che deve essere presentato immediatamente dopo la liquidazione del trattamento pensionistico da parte dell'INPS e comunque, nei casi di cui al comma 3, non

oltre il 65° mese dalla risoluzione del rapporto di lavoro. Qualora tale documentazione 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.

7. Per i Beneficiari il diritto alle prestazioni decorre dalla data di presentazione all'Assilt della richiesta d'iscrizione da parte del Socio Lavoratore o Pensionato ovvero dal 1° luglio antecedente la data della richiesta per i Beneficiari maggiorenni, già cessati per mancata conferma della situazione reddituale che consente l'iscrizione del Beneficiario o per superamento dei limiti 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. Il Socio Lavoratore o Pensionato sarà in ogni caso tenuto a rimborsare ad Assilt le eventuali spese dalla stessa 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.

8. Nel caso di pagamento dell'intera quota annuale i Beneficiari dei Soci Pensionati deceduti mantengono il diritto alle prestazioni fino al 31 dicembre dell'anno del decesso. Le quote associative già versate non possono formare oggetto di richiesta di ripetizione da parte degli eredi.

Art. 7 - Verifiche sanitarie e amministrative

1. Assilt può disporre - anche in via preventiva rispetto all'erogazione del contributo - verifiche funzionali ad accertare l'ammissibilità e la congruità delle prestazioni richieste dai propri Soci, nonché la regolarità formale e sostanziale della documentazione di spesa o dell'iscrizione del Socio o del Beneficiario.

2. In tali casi i Soci e i Beneficiari hanno l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti, di aderire alle relative convocazioni e di presentare la documentazione anagrafica e il certificato della situazione reddituale. Il Socio riconosce altresì ad Assilt la facoltà di richiedere il certificato reddituale 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 richiesta dall'Associazione deve pervenire entro 30 giorni dalla data di ricezione della richiesta stessa.

3. L'impossibilità del fruitore della prestazione sanitaria di presentarsi all'accertamento nel luogo, giorno e orario definito dall'Associazione, oppure di esibire la documentazione richiesta, deve essere motivata per iscritto e provata dal Socio.

4. Assilt si riserva la facoltà di accettare o meno tale giustificazione.

5. Nel caso di rifiuto, senza giustificato motivo, da parte dei Soci e dei Beneficiari di sottoporsi ai suddetti accertamenti o di esibire la documentazione richiesta, il Consiglio di

Amministrazione delibera per i Soci le sanzioni previste dall'art. 67. I Soci non hanno il diritto di ripetere da Assilt i contributi associativi già versati. Analogamente nell'eventualità che dalle verifiche emergessero a loro carico fatti o comportamenti non conformi con quanto previsto dallo Statuto, dalle altre fonti normative dell'Associazione, nonché dal Codice Etico del *Welfare*. Resta fermo quanto previsto dall'art. 19 (*"Delegati"*), comma 2, lett. b, n. 2, dello Statuto.

6. 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.

7. La documentazione sanitaria e di spesa in originale dovrà essere conservata dal Socio per almeno cinque anni, fermo restando quanto stabilito all'art. 19, comma 7, per le cure odontoiatriche e ortognatodontiche³.

Art. 8 - Sospensione cautelativa diritto alle prestazioni

1. Nell'ambito delle verifiche di cui all'art. 7, nonché nelle altre fattispecie a queste assimilabili, a tutela del patrimonio associativo Assilt procede alla sospensione cautelativa del diritto alle prestazioni. Detta sospensione - che non può essere superiore a 12 mesi e non interrompe l'obbligo contributivo - decorre dalla conoscenza dell'evento da parte dell'Associazione.

2. Cessata la causa della sospensione, è ripristinato il diritto alle prestazioni con effetto dalla data della sospensione stessa. Nel caso di applicazione di sanzioni conservative i relativi effetti decorrono dalla data di efficacia della sospensione di cui al comma 1. Qualora sia deliberata l'esclusione la sospensione cautelativa conserva i suoi effetti.

7

Art. 9 - Cessazione del rapporto associativo

1. In caso di cessazione in corso d'anno del rapporto associativo possono essere liquidate, sulla base delle norme del presente testo unico, le richieste di contributo già presentate alla data di cessazione del rapporto associativo stesso, nonché quelle - non ancora presentate - che si riferiscono a un documento di spesa anteriore alla data di effetto della cessazione stessa. I termini di presentazione delle richieste sono quelli di cui all'art. 14, comma 7.

2. Il recesso dall'Associazione, ai sensi dell'art. 7 (*"Cessazione della qualità di Socio"*), comma 3, dello Statuto, deve essere comunicato dal Socio per iscritto entro il 30 settembre di ciascun anno e ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo anche qualora la data di efficacia ivi indicata sia anteriore a tale data. Il recesso comunicato in epoca successiva al 30 settembre e sino al 31 dicembre dello stesso anno produrrà effetti dal 1° gennaio del secondo anno successivo a quello della sua comunicazione.

3. Il Socio può annullare il recesso già trasmesso entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno; decorso tale termine si applica la disciplina della nuova adesione di cui all'art. 11.

³ I referti diagnostici relativi a tali cure devono essere conservati per 7 anni.

4.I Soci Lavoratori e Pensionati il cui rapporto associativo è cessato non possono ripetere i contributi versati, né hanno alcun diritto sul patrimonio di Assilt.

Art. 10 - Sospensione e interruzione del rapporto di lavoro

1. Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 6 (*"Sospensione del rapporto di lavoro"*) dello Statuto, nei casi di sospensione o interruzione del rapporto di lavoro, il diritto alle prestazioni permane per il Socio Lavoratore e i relativi Beneficiari. In tali fattispecie, fermo restando il minimale di cui all'art. 5, comma 2⁴, il Socio Lavoratore è tenuto al versamento all'Associazione di un importo aggiuntivo pari a 265 euro in ragione d'anno solare a titolo di contributo associativo e secondo i medesimi termini e modalità. Tale disposizione non si applica qualora l'assenza non retribuita riguardi eventi di maternità o paternità, congedo parentale, malattia bambino, malattia e infortunio per un periodo massimo di un anno.

2. Su istanza documentata del Socio Lavoratore e previo parere del Delegato, il Consiglio di Amministrazione può disporre la sospensione totale o parziale della quota aggiuntiva per i periodi di assenza non retribuita connessi a eventi di carattere personale di particolare gravità di durata non inferiore a un mese e fino a sei mesi.

Art 11 - Nuova adesione

1. L'ammissione delle domande di nuova adesione è deliberata dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'art.7, comma 9, dello Statuto.

2. La nuova adesione è subordinata, comunque, al versamento da parte del lavoratore o del pensionato, già Socio, di un contributo aggiuntivo *una tantum* determinato come segue:

- per il lavoratore esso è pari alla media, maggiorata del 75%, dei contributi versati dai Soci Lavoratori iscritti nel periodo di non adesione del lavoratore richiedente, fino a un massimo di cinque anni precedenti la richiesta, assumendo quale base di calcolo quanto risultante dall'ultimo Bilancio di Esercizio approvato dall'Assemblea dei Rappresentanti. È prevista la possibilità di rateizzazione del contributo per periodi multipli di sei mesi fino a un massimo di 84 mensilità con un minimale mensile di 15 euro;
- per il pensionato esso è pari alla media, maggiorata del 75%, dei contributi versati dai Soci Pensionati iscritti nel periodo di non adesione del Destinatario richiedente, fino a un massimo di dodici mesi precedenti la richiesta, assumendo quale base di calcolo quanto risultante dall'ultimo Bilancio di Esercizio approvato dall'Assemblea dei Rappresentanti (*per effetto dell'applicazione dell'art. 3, comma 4, dello Statuto, il periodo di riferimento non potrà comunque superare i 12 mesi*).

In entrambi i casi il diritto alle prestazioni decorre, rispettivamente, dai termini di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 6 del presente Testo Unico.

3. Non possono presentare richiesta di nuova adesione i Soci esclusi ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. A), n. 5, e lett. B). n. 3, dello Statuto. Non è del pari ammissibile la richiesta di nuova adesione presentata da parte del Socio cessato per morosità se non alle seguenti condizioni:

⁴ Si tratta dei 91 euro in ragione d'anno di cui all'Accordo del 13 ottobre 2014.

- che effettui il pagamento della contribuzione non versata,
- che dimostri che l'inadempimento derivi da fatto a lui non imputabile.

Art. 12 - Tardiva Iscrizione

1. Il lavoratore in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 dello Statuto che intenda aderire all'Associazione, trascorsi sei mesi dopo l'acquisizione della qualità di Destinatario è tenuto al versamento all'Associazione stessa di un "*contributo aggiuntivo una tantum di tardiva iscrizione*".
2. Il contributo di cui al comma 1 è pari alla media maggiorata del 50% dei contributi versati dai Soci Lavoratori iscritti nel periodo di non adesione del Destinatario, 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. E' prevista la possibilità di rateizzazione del contributo per periodi multipli di sei mesi fino ad un massimo di 84 mensilità con un minimale mensile di 15 euro.
3. I Soci Pensionati che non hanno pagato la quota "in continuità" mediante trattenuta sull'ultima busta paga possono presentare domanda di adesione all'Associazione non oltre il dodicesimo mese dalla cessazione pagando l'intera quota dovuta.
4. Nei casi di cui ai commi 1 e 3 il diritto alle prestazioni decorre, rispettivamente, dai termini di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 6 del presente Testo Unico.

TITOLO 2 - Prestazioni Sanitarie

Art. 13 - Norme generali

1. Gli organi e uffici associativi e i loro componenti nonché le Linee Associative (*Amministrativa e Sanitaria*) sono tenuti, ciascuno per la loro competenza e responsabilità e senza deroga alcuna, alla corretta attuazione delle disposizioni Statutarie e delle altre cui lo Statuto rinvia.
2. Le prestazioni specialistiche non erogate in ambito pubblico sono monitorate dai Delegati d'intesa con la Linea sanitaria di riferimento e annualmente proposte al Consiglio di Amministrazione per eventuali modifiche contributive o integrazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 19 dello Statuto.

Art. 14 - Contributo alla spesa sanitaria

1. Assilt fornisce ai Soci indicazioni e informazioni funzionali ad assicurare la migliore fruizione delle prestazioni del S.S.N. e, in conformità all'art. 2 dello Statuto, eroga contributi in forma indiretta per prestazioni rese nel territorio nazionale secondo le modalità e nei limiti previsti per ogni prestazione.
2. Assilt eroga contributi per le prestazioni sanitarie di seguito indicate.
 - a) prestazioni sanitarie per le quali è riconosciuto il contributo nei limiti e alle condizioni per ciascuna stabilite dagli artt. 19 - 37:

- odontoiatria e ortodonzia
- oculistica – occhiali da vista e lenti a contatto
- protesi e presidi sanitari
- prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici
- esami di laboratorio
- farmaci
- ticket sanitari
- terapia infiltrativa, iniettiva, agopuntura e nucleolisi
- visite specialistiche, visite dei professionisti della terapia psicologica
- fecondazione assistita in regime privato
- terapie fisiche
- ostetricia

b) prestazioni sanitarie per le quali l'accesso al contributo è subordinato all'autorizzazione da parte della Linea Sanitaria Assilt, fermi restando i limiti e le condizioni stabilite, per ciascuna prestazione, dall'art. 39 - 65:

- psicoterapia
- assistenza sanitaria domiciliare o ospedaliera
- ricoveri post-acuti e cronici
- prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità
- visite mediche specialistiche di alta consulenza
- visite mediche specialistiche ulteriori
- interventi chirurgici di alta qualifica
- terapie oncologiche
- disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi comportamentali
- gravi patologie Oro-dentali
- edentulia o perdita di elementi dentali pilastro
- chirurgia maxillo-facciale
- trattamenti ortodontici pre-protesi, nuovi periodi di cura ortodontica
- 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
- terapia fisica – Casi di particolare interesse sanitario
- erogazioni straordinarie
- trasporto in autoambulanza
- interventi chirurgici in day hospital (*regime privato*)
- interventi chirurgici generici in regime privato (*con ricovero di più giorni*)
- interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato
- chirurgia oculistica
- ausili per incontinenza
- logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale
- misuratore glicemico.

3. 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.

4. Non sono ammesse a contributo le seguenti prestazioni:

- le visite mediche non specialistiche;
- i controlli medici a carattere aspecifico, i *check-up* e le prestazioni di carattere estetico;
- le cure non controllabili e quelle non previste dalla terapia o farmacopea ufficiale, salvo quelle richiamate negli articoli precedenti;
- le prestazioni sanitarie già oggetto di rimborso al Socio da parte di altri Enti, forme assicurative ovvero soggetti collettivi o individuali, pubblici o privati. Per le prestazioni rimborsate parzialmente, l'esclusione riguarda la quota già ristorata.

5. Assilt riconosce contributi dietro presentazione di documentazione fiscalmente valida a norma dell'art. 16, anche emessa da Onlus, Cooperative e Associazioni *no profit*. Non sono rimborsabili le ricevute per oblazioni, donazioni o offerte.

6. La possibilità di fruire di anticipazioni e prestiti, secondo le modalità specificate nei successivi articoli, è prevista esclusivamente per i Soci Lavoratori e i relativi Beneficiari.

7. Le richieste di contributo, incluse quelle di erogazione straordinaria, devono essere trasmesse in ordine cronologico e, in ogni caso, non oltre il bimestre successivo all'anno solare nel quale sono state rilasciate le documentazioni di spesa che comprovano le prestazioni effettuate. Tale limite potrà essere superato per la documentazione di spesa ortodontica (*art. 22, comma 7*), nonché nel caso di cui all'art. 8, comma 2, primo periodo. E' in facoltà del Consiglio di Amministrazione ammettere al contributo prestazioni il cui documento di spesa sia stato presentato oltre il termine sopra indicato qualora il superamento del termine stesso sia stato determinato da eventi eccezionali (*lunghi periodi di ricovero, decesso del Socio o Beneficiario*) che ne abbiano reso impossibile il rispetto. Il Consiglio di Amministrazione delibera sull'ammissione, previo parere del Delegato competente per territorio; tale parere contiene le allegazioni sulle quali si è formato, nonché le altre informazioni acquisite dalla Linea Sanitaria e Amministrativa in ordine alla riconoscibilità del contributo da parte dell'Associazione per ragioni di merito. Qualora da tali informazioni il contributo risulta non erogabile il Delegato ne dà comunicazione al Socio e la procedura decade.

Art. 15 - Temporizzazioni e massimale

1. Laddove espressamente indicato, l'erogazione del contributo è soggetta a *limiti temporali*. Il limite temporale può essere *mobile*, ovvero *riferirsi all'anno solare* ovvero *all'intero rapporto associativo (cd. una tantum)*.

2. Il limite è "*mobile*" quando il numero massimo di prestazioni ammesse a contributo è determinato andando a ritroso dall'ultimo documento fiscale presentato per il numero di mesi previsto per ciascuna prestazione.

3. Il limite è ad "*anno solare*" qualora il numero massimo di prestazioni erogabili è definito per l'arco temporale 1° gennaio - 31 dicembre dello stesso anno.

4. Per "*intero rapporto associativo*" si intende tutto l'arco temporale che decorre dalla prima iscrizione all'Associazione, indipendentemente dai periodi di interruzione o risoluzione del rapporto associativo seguiti dalla cessazione della causa di interruzione o da nuova iscrizione. Gli stessi criteri si applicano ai fini di cui ai commi 2 e 3.

5. Il contributo alla spesa sanitaria viene erogato da Assilt nei limiti delle percentuali e dei massimali previsti per ciascuna prestazione.

6. Per alcune tipologie di prestazioni, specificatamente indicate, è fissato un massimale complessivo di contributo erogabile in un arco di tempo predefinito (*plafond*). In tali ipotesi l'arco di tempo di riferimento è determinato a decorrere dalla prima fattura emessa in avanti e, per i periodi successivi, dalla prima fattura emessa dopo l'arco di tempo indicato per ciascuna prestazione. Tale massimale è efficace nei confronti di ciascun singolo Socio o Beneficiario.

Art. 16 - Documentazione sanitaria e fiscale

1. Salvo espressa diversa indicazione contenuta nelle norme che seguono e fermo restando quanto previsto all'art. 14, comma 2, lett. b), Assilt riconosce contributi per le prestazioni sanitarie solo se prescritte da medici generici o medici specialisti ed effettuate dagli stessi o da professionisti abilitati a esercitare le professioni sanitarie non mediche ai sensi della legislazione in materia.

2. Le specializzazioni e le figure professionali che Assilt ha scelto di riconoscere, al fine dell'erogazione dei contributi, sono *tassativamente* definite per ogni tipologia di prestazione; tanto sia ai fini della prescrizione della prestazione che della effettuazione della medesima.

3. Per le prestazioni fruite in ambito pubblico o privato deve essere emessa fattura o altro documento di spesa equipollente direttamente dai medici, dai professionisti sanitari abilitati o da strutture sanitarie pubbliche e private in possesso di autorizzazione regionale.

12

4. La documentazione fiscale è intestata a un Socio o a un Beneficiario e riporta:

- cognome, nome e codice fiscale (*o luogo e data di nascita*) del fruitore delle prestazioni; ciascuna fattura deve recare le prestazioni di un unico fruitore;
- tipologia e quantità delle prestazioni eseguite;
- indicazione del costo di ogni singola prestazione; nel caso di pluralità di prestazioni effettuate in un unico contesto è riportato il costo di ogni specifica prestazione, fatto salvo quanto indicato all'art. 29, comma 6, nonché all'art. 34, comma 3⁵.

5. 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 relative le spese logistiche e le ricevute di spesa relative le prestazioni per le quali sono erogabili contributi anche se eseguite al di fuori del territorio nazionale, a norma dell'art. 18.

6. Fermo restando quanto previsto all'art. 19, comma 3⁶, la documentazione fiscale, inoltre, deve riportare chiaramente:

- l'indicazione del nominativo del medico e della relativa specializzazione (*ovvero solo la specializzazione se effettuate presso strutture pubbliche in regime di intramoenia*); ovvero

⁵ Si tratta di "pacchetti" di prestazioni specialistiche e di diagnostica, nonché di prestazioni diagnostiche eseguite nel corso di una visita e non fatturate in maniera distinta.

⁶ L'articolo richiamato nel testo fa riferimento ai requisiti richiesti per le fatture "odontoiatriche".

- l'indicazione del nominativo del professionista abilitato e della relativa professione sanitaria non medica; ovvero
- la denominazione della struttura sanitaria pubblica o accreditata (*Aziende Sanitarie Locali, Ospedali, Strutture accreditate e via dicendo*); ovvero
- 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; ovvero
- la denominazione del rivenditore in caso di acquisti *on-line*; sono ammessi contributi solo qualora si tratti di rivenditori con Sede sul territorio nazionale, non anche rivenditori che pur in possesso di Partita IVA valida in Italia abbiano Sede all'estero.
- in caso di spese di pernottamento, autorizzate dalla Linea Sanitaria secondo quanto indicato all'Art.66, prenotate *on-line* attraverso società che operano in questo ambito con una sede legale non necessariamente presente nel territorio nazionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Airbnb e similari) la documentazione di spesa deve riportare chiaramente l'effettuazione del pernottamento nonché le seguenti informazioni:
 - a. il nome e il cognome del fruitore;
 - b. il luogo del pernottamento e la spesa totale sostenuta;
 - c. attestazione dell'avvenuto pagamento.

7. Nei limiti di quanto indicato per ogni singola prestazione nel presente Testo Unico sono erogabili contributi:

a) anche per acquisti effettuati presso rivenditori autorizzati "*on-line*" per le prestazioni di seguito indicate, fermo restando che non sono in nessun caso rimborsabili le spese di spedizione; per l'ammissione al contributo si applica inoltre quanto stabilito dall'ultimo alinea del precedente comma 6:

- lenti a contatto (*sferiche, toriche, multifocali, monouso*);
- lenti graduate per protesi oculistiche acquistate *on-line* direttamente dall'ottico;
- 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;
- acido ialuronico.

b) per gli accertamenti diagnostici eseguiti in regime di ricovero solo in caso di intervento chirurgico.

Art. 17 - Trasmissione delle richieste di contributo

1. Le richieste di contributo devono essere trasmesse utilizzando le applicazioni dedicate⁷, salvo i casi in cui la normativa richieda 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.

⁷ Attualmente App Assilt, Web Fax Server, FAX con apposita cover (solo per i Soci Pensionati).

Art. 18 - Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale

1. Assilt, nei limiti di quanto indicato per ogni singola prestazione nel presente Testo Unico, 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, ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, Repubblica di Serbia e di Montenegro*):

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

2. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1 Assilt non riconosce contributi per le spese di locomozione e pernottamento sostenute dai Soci.

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

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

5. Qualora motivate esigenze di carattere sanitario - preventivamente autorizzate dal Consulente Sanitario Nazionale - indichino la necessità di un intervento chirurgico presso una struttura di eccellenza estera, Assilt riconoscerà contributi secondo quanto previsto all'art. 45⁸.

14

6. 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.

Art. 19 - Odontoiatria e Ortodonzia – Norme Generali

1. 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, il massimale di contributi erogabili per ciascun Socio o Beneficiario è di 10.000,00 Euro ogni 18 mesi.

2. I contributi sono erogabili per prestazioni effettuate e fatturate da medici specialisti in Odontostomatologia oppure da Medici Odontoiatri. Sono erogabili contributi anche per prestazioni rese da medici specialisti in Chirurgia Maxillo-Facciale purché iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

3. La ricevuta di spesa deve essere emessa:

⁸ L'art. 45 disciplina gli interventi di Alta Qualifica.

- dal medico odontoiatra che ha effettuato la terapia;
- dallo Studio Associato o Associazione Professionale dentistica, in tal caso nella ricevuta di spesa o nel piano dei lavori deve essere indicato il nominativo del medico odontoiatra che ha effettuato le prestazioni. Se la documentazione di spesa rilasciata riporta il solo nominativo del Direttore Sanitario si potrà procedere alla lavorazione della richiesta di contributo esclusivamente se lo stesso risulta essere iscritto all'Albo Professionale degli Odontoiatri.
- strutture ospedaliere pubbliche, accreditate o private. In questo caso non è indispensabile il nominativo del medico odontoiatra curante.

4. La documentazione di spesa deve riportare la tipologia e la quantità delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, i singoli costi e gli elementi dentali interessati e deve essere inoltrata alla Linea Amministrativa dopo l'effettuazione delle cure.

5. In caso di fatturazioni che anticipino l'esecuzione della terapia (*a copertura totale o parziale della spesa*), la richiesta del contributo può essere presentata solo al termine della terapia stessa con un'ulteriore fattura definitiva "a saldo", fatte salve le eccezioni indicate all'art. 22.

6. Nel caso in cui le prestazioni eseguite siano elencate in un piano di lavori, quest'ultimo deve contenere l'indicazione apposta da parte del medico che *"la/e fattura/e n. _____ del _____ sono relative alle prestazioni esposte nel piano dei lavori"*.

7. Per i controlli che potrebbero essere disposti dall'Associazione (*cfr. art. 7*) il Socio è tenuto a conservare per sette anni i referti diagnostici radiologici e strumentali eventualmente eseguiti durante le cure odontoiatriche o ortognatodontiche (*Tac, Ortopanoramica, Cone Beam Tac, Tracciato cefalometrico o altro esame*).

Art. 20 - Odontoiatria e Ortodonzia - Anticipi e Prestiti

1. Se richiesto dal Socio Lavoratore per sé o per i suoi Beneficiari, Assilt procede, secondo i criteri indicati dal Consiglio di Amministrazione, a erogare un anticipo pari al 50% del contributo previsto qualora esso superi:

- 1.500,00 euro per le cure odontoiatriche,
- 600,00 euro per ogni anno di cura ortodontica.

2. In tal caso, il Socio dovrà presentare all'Associazione:

- un dettagliato preventivo di spesa compilato dal presidio sanitario curante;
- una dichiarazione di impegno a rispettare le disposizioni di cui al comma 3, nonché l'autorizzazione di cui al comma 4;
- una dichiarazione del medico dentista curante che attesti l'avvenuto inizio delle terapie di cui al primo alinea.

3. Entro un mese dall'erogazione della somma di cui al comma 1, il socio deve presentare la documentazione di spesa relativa all'importo riconosciuto a titolo di anticipo, nonché la documentazione completa a saldo delle cure effettuate entro 12 mesi dalla predetta erogazione.

4. In caso di inottemperanza alle disposizioni che precedono, il Socio autorizza l'Azienda di appartenenza a prelevare dalle competenze mensili e versare all'Assilt gli importi erogati con la maggiorazione degli interessi decorrenti dalle date di erogazione nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto, ferma restando la valutazione del comportamento del Socio a fini sanzionatori (*artt. 67 - 70*).

5. Il riconoscimento dell'anticipo non consente la liquidazione di fatture relative ad altre cure odontoiatriche fino alla chiusura dell'anticipo erogato.

6. A prestazione effettuata, qualora rimanga a carico del Socio Lavoratore (*per sé o per un suo Beneficiario*) un importo superiore a 258,50, su richiesta del Socio stesso Assilt eroga una somma corrispondente, al massimo, a quanto previsto a titolo di contributo (*al netto dell'eventuale anticipo di cui ai commi che precedono*). La somma può essere richiesta solo contestualmente alla richiesta del relativo rimborso o, in casi di impossibilità documentata, entro 30 giorni dall'erogazione del contributo.

7. Assilt provvede 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

16

8. È possibile comunque l'estinzione del prestito in n. 3 rate senza interessi.

9. Ai fini di cui ai commi 7 e 8 il Socio autorizza l'Azienda di appartenenza a prelevare dalle competenze mensili e versare all'Assilt gli importi ivi stabiliti.

Art. 21 – Odontoiatria - Condizioni di erogazione dei contributi

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 o 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.
- 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 nel piano di cura non venga precisata la classe di Black non è possibile erogare contributi che potrebbero risultare più conveniente per il socio. In tal caso sarà riconosciuto un contributo corrispondente alla I classe (*Allegato A - Tariffario Odontoiatrico*). E', invece, sempre indispensabile specificare gli elementi dentali interessati alla cura.
- 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 contemporaneamente 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 12esimo anno di età:
 - ✓ sigillatura dei solchi per dente (*contributo erogabile una sola volta per elementi dentali mai sottoposti ad alcuna terapia conservativa, endodontica o protesica*);
 - ✓ trattamento chimico della ipersensibilità con oligoelementi (per arcata - ogni 18 mesi);
 - ✓ amputazione coronale della polpa (*per elemento dentale - contributo erogabile una sola volta*);
 - ✓ apacificazione (*un unico contributo*).

C. Igiene orale, Parodontologia e trattamenti

- Assilt non riconosce contributi per levigatura delle radici, curettage gengivale, legatura dentale, molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati a iscritti di età inferiore ai 16 anni, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (*cfr. art. 48⁹*).
- 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 (*cfr. art. 48*).

⁹ L'art. 48 si riferisce alle "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 pedunculati, 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, fatto salvo quanto previsto dall'art. 49.
- 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, titanio e ceramica, zirconio e ceramica" va allegato alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista che contenga anche l'indicazione del materiale con cui è stato realizzato il manufatto protesico.
- Nel caso in cui dal certificato si evinca 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" (ODPR0064).
- Nella documentazione di spesa dovranno, pertanto, essere indicati separatamente il costo della struttura e 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 Tariffario.
- 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 o mandibolare va allegata alla documentazione di spesa, la copia del referto dell'esame istologico.; diversamente è riconosciuto il contributo previsto per l'asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie (ODAS0005).

Art. 22 – Ortodonzia - Condizioni e modalità di erogazione dei contributi

1. Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione dei piani di cura.
2. Assilt eroga per la terapia ortognatodontica contributi per un periodo non superiore a tre anni di cura attiva e per entrambe le arcate. 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”.

3. I contributi per *check up* ortodontico, terapia preventiva intercettiva, terapia attiva e contenzione possono essere concessi “una tantum” (una sola volta nel rapporto associativo) con le modalità sotto indicate.

4. 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.

5. In caso di problemi all’articolazione temporo-mandibolare, opportunamente documentati, Assilt eroga contributi per *bite/placca funzionalizzata* per due volte nel rapporto associativo.

6. Nel periodo che precede l’inizio del trattamento ortodontico attivo sono erogabili contributi per:

- un “*check up* ortodontico” (cfr. analoga voce del Tariffario);
- un trattamento di tipo “preventivo-intercettivo”; tale contributo è distinto da quello previsto per la terapia attiva e non può, pertanto, essere fatturato insieme ad altri periodi di trattamento ortodontico attivo.

7. Durante i periodi di cura attiva il contributo è erogabile alle seguenti condizioni:

- la documentazione di spesa (acconto e saldo) deve essere inoltrata al fine della liquidazione del rimborso in modo distinto per ogni anno di cura; ovvero
- 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 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 unico contributo per entrambe le arcate; tale contributo è “una tantum” (una sola volta nella vita associativa) ed è erogabile 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 un'anomalia 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 (*cfr. 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.
- durante il ciclo di cura ortodontica la richiesta di contributo connesso a un cambio di classe scheletrica (dalla 1^a alla 2^a oppure dalla 2^a alla 3^a classe) non è ammissibile in carenza di copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica che lo dimostri.
- tra il primo e il secondo anno di cura ortodontica sono ammessi cambi di classe scheletrica soltanto se alla documentazione di spesa è allegata la copia del tracciato ed analisi cefalometrica. Non sono, invece, ammessi cambi di classe scheletrica l'ultimo periodo di cura ortodontica (terzo anno o ultimo semestre).
- Assilt non riconosce nuovi contributi per cicli di terapia attiva tranne particolari casi da sottoporre alla Linea Sanitaria Assilt (*cfr. art. 51¹⁰*).

Art.- 23 - Cure odontoiatriche e Terapie ortodontiche eseguite in ambito pubblico

1. Per le cure odontoiatriche e 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 dietro presentazione di fatture a saldo che anticipano la realizzazione delle terapie.
2. Il Socio dovrà presentare una dichiarazione (anche redatta dalla struttura sanitaria) che egli stesso o un suo Beneficiario sta eseguendo le terapie fatturate indicando la data presunta di fine cura. Trascorsi 18 mesi dalla data della fattura, Assilt considera conclusi i lavori e può 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.

Art. 24 - Oculistica - Occhiali da vista

1. È riconosciuto un contributo pari al 80% della spesa sostenuta, entro il limite massimo indicato in **Tabella a**, per gli occhiali volti a correggere un difetto visivo. Sono esclusi contributi per l'acquisto di lenti non graduate salvo che queste non siano necessarie a completare una protesi.
2. Per ottenere il contributo il Socio deve presentare la seguente documentazione:
 - prescrizione del medico oculista con l'indicazione del difetto visivo (indispensabile per tutte le tipologie di lenti);
 - documentazione di spesa (scontrino fiscale o fattura) rilasciata dall'ottico con l'indicazione del tipo di protesi acquistata: lenti da vicino, da lontano (con o senza correzione

¹⁰ L'art. 51 disciplina i "Nuovi periodi di cura ortodontica".

prismatica), prismatiche, bifocali, multifocali o progressive e per afachici. In alternativa nella documentazione di spesa va precisato dall'ottico che sono state acquistate lenti da vista conformi alla prescrizione medica allegata al documento di spesa; in via ancora alternativa alla documentazione di spesa va allegato il "certificato di conformità", debitamente compilato, a garanzia che gli occhiali sono stati confezionati nel rispetto della prescrizione del medico oculista.

3. Nel caso di acquisto di più di un occhiale da vista deve essere precisato a quale tipologia si riferisce il certificato di conformità (occhiale da vicino, office, lontano, bifocali, multifocali).
4. Nel caso in cui il Socio presenti, oltre alla fattura, anche uno o più scontrini fiscali, per la liquidazione del relativo contributo e della temporizzazione è presa in considerazione la data dell'ultima ricevuta di spesa emessa dall'ottico.
5. In caso di acquisti presso ipermercati, ferme restando la necessità della prescrizione di cui al primo alinea del comma 2 e di una documentazione di spesa dettagliata in termini di spesa, è necessario allegare copia del certificato di conformità rilasciato anche dall'ipermercato stesso a condizione che risulti iscritto nell'elenco dei fabbricanti dei dispositivi medici su misura con sede legale in Italia (elenco allegato al Decreto Legislativo n. 46/1997 e successive modificazioni e integrazioni).

Tabella a - Occhiali da vista

(il contributo include il costo della montatura ed eventuale lente neutra che completa la protesi):

Occhiali monofocali per lontano o per vicino - Occhiali Bifocali/Progressivi da vicino con lente neutra per lontano (office)

22

- Montatura e lenti per correzioni fino a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro (*lontano, permanenza, vicino, office con lente neutra per lontano*). Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di 175,00 euro
- Montatura e lenti per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro (*lontano, vicino, office con lente neutra per lontano*). Contributo del 80% della spesa fino ad un importo massimo di 350,00 euro

Occhiali Bifocali – Multifocali o progressivi con correzione per lontano e per vicino

- Montatura e lenti (*bifocali, multifocali, progressive*). Contributo dell'80% della spesa fino a un importo massimo di 350,00 euro

Occhiali con lenti per afachici

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

Art. 25 - Oculistica - Occhiali da vista - Limiti e Temporizzazione

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

2. I contributi per gli occhiali con lenti *office* è alternativo agli occhiali con lenti per vicino.
3. Non sono riconosciuti contributi per lenti colorate non graduate e per variazione visive o caratteristica della protesi prima dei limiti temporali previsti.
4. Il rinnovo dei contributi avverrà secondo i seguenti limiti temporali:
- fino al compimento degli 8 anni, ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile - cfr. art.15¹¹*);
 - dagli 8 anni fino al compimento dei 21 anni, ogni 18 mesi (*temporizzazione mobile - cfr. art.15*);
 - dai 21 anni, ogni 36 mesi (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).
5. 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.
6. Trascorsi i limiti temporali sopra riportati, per corrispondere nuovi contributi è indispensabile allegare alla documentazione di spesa una nuova prescrizione del medico oculista.
7. I Soci e Beneficiari ai quali è stato erogato un contributo per intervento di chirurgia refrattiva non possono essere destinatari di ulteriori contributi per occhiali da vista per un periodo di 36 mesi dalla data della fattura.
8. Ai soci affetti da patologie oculari i quali a seguito di intervento chirurgico (cataratta, cheratoplastica, distacco di retina) o a seguito di un trauma subiscono variazioni della correzione visiva tale da necessitare di nuovi occhiali da vista prima dei limiti temporali previsti, potranno essere riconosciuti ulteriori contributi previa autorizzazione della Linea Sanitaria (cfr. art. 52¹²).

Art. 26 - Oculistica - Lenti a contatto

1. Sono riconosciuti contributi per le lenti a contatto (sferiche, toriche, multifocali, monouso) funzionali a correggere un difetto visivo certificato dal medico oculista.
2. Il contributo - per entrambi gli occhi - è pari al 60% della spesa sostenuta fino a un importo massimo di 340,00 euro ogni 36 mesi (plafond - cfr. Art. 15).
3. Assilt non eroga contributi per l'acquisto di lenti colorate.
4. Per ottenere il contributo il socio dovrà presentare la seguente documentazione:

¹¹ L'art. 15 regola le temporizzazioni, i massimali e i plafond.

¹² L'art. 52 fa riferimento a nuovi contributi per *occhiali da vista e lenti a contatto speciali*.

- 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'Art. 16¹³ - 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.

5. Per i controlli che potrebbero essere disposti dall'Associazione il Socio è tenuto a conservare la documentazione di cui agli alinea che precedono, in originale, per almeno 5 anni.

Art. 27 - Oculistica – Lenti a contatto - Limiti e Temporizzazione

1. Il contributo, per ogni tipologia di lenti a contatto graduate (sferiche, toriche, multifocali, monouso) è erogato ogni 36 mesi senza distinzione di età, nel limite del massimale di cui in **Tabella b**). Trascorso tale arco temporale la erogazione di contributi è subordinata, in ogni caso a una nuova prescrizione del medico oculista.
2. Per le lenti speciali si applica quanto previsto all'art. 52.
3. Soci e Beneficiari ai quali è stato erogato un contributo per intervento di chirurgia refrattiva non possono essere destinatari di ulteriori contributi per lenti a contatto per un periodo di 36 mesi dalla data della fattura.

Tabella b - Lenti a contatto

- **Lenti a contatto** (*sferiche, toriche, multifocali, monouso*). Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 340,00 euro per entrambi gli occhi (*plafond ogni 36 mesi - cfr. art.15*)

Art. 28 - Protesi e presidi sanitari

1. 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 dal medico specialista indicato nelle lettere che seguono.
2. Le protesi ortopediche e i presidi sanitari devono essere confezionati da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, venduti in negozi di articoli sanitari e ortopedici o da rivenditori autorizzati per gli acquisti *on-line* (*cfr. art. 16*).
3. La prescrizione del medico specialista deve essere allegata a ogni richiesta di rimborso e deve essere rinnovata nei termini di seguito descritti.

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

1. Si intendono *calzature ortopediche* i presidi confezionati su misura da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.

¹³ L'art. 16 disciplina la Documentazione sanitaria e fiscale necessaria per i contributi.

2. La prescrizione, valida per 12 mesi, è redatta da un medico specialista in ortopedia, fisioterapia, neurochirurgia, reumatologo o endocrinologia (per i soci affetti da piede diabetico). I plantari e rialzi su misura possono essere realizzati e fatturati anche da tecnici ortopedici o podologo.
3. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 300,00 euro per ogni fattura (*massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art.15*).
4. Nel caso in cui l'acquisto di tali presidi sanitari sia fatturato dal medico specialista che li ha prescritti deve essere prodotta la dichiarazione medica, o del laboratorio, che confermi che il presidio sanitario fornito è stato confezionato su misura.
5. Non sono erogabili contributi per:
 - le calzature di serie o predisposte all'uso dei plantari;
 - le calzature post-intervento chirurgico per alluce valgo;
 - la cura del piede eseguita da un podologo.

B. Contenitori elastici speciali

1. Si intendono *contenitori elastici speciali* (*monocollant, cavigliere, ginocchiere, polsiere, gomitiere e ventriere*) quelli acquistati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, negozi di articoli sanitari e ortopedici, farmacie e parafarmacie.
2. La prescrizione, valida per 12 mesi, è redatta da un medico specialista in angiologia, chirurgia generale, chirurgia vascolare, ginecologia, oncologia, ortopedia, fisioterapia, reumatologia, geriatria e medicina interna.
3. Sono erogabili contributi per i contenitori elastici *pre o post* intervento chirurgico, solo se connessi all'intervento chirurgico; pertanto non sono soggetti a contributo i contenitori elastici acquistati per problemi diversi dall'esecuzione di un intervento chirurgico, fatta eccezione per i contenitori elastici funzionali a prevenire o curare le patologie flebitiche, nonché la trombosi venosa profonda o il linfedema primario congenito o secondario; per le patologie flebitiche è necessario che la prescrizione riporti la chiara indicazione della compressione che deve essere almeno di 18 mmHg (*equivalente alla 1° classe di compressione*).
4. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni fattura (*massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art.15*).

C. Presidi sanitari

1. 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.

2. La prescrizione, che ha validità per 12 mesi, è redatta da un medico specialista in chirurgia generale, chirurgia maxillo facciale e stomatologia, gastroenterologia, ginecologia, oculistica, oncologia, ortopedia, otorinolaringoiatria.
3. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 500,00 euro per ogni fattura (*massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art.15*).

D. Apparecchi ortopedici

1. Si intendono apparecchi ortopedici quei presidi (*per arti, per collo, per tronco*) acquistati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.
2. La prescrizione, valida per 12 mesi, è redatta da un medico specialista in chirurgia generale, ortopedia, fisioterapia, neurochirurgia e oncologia.
3. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per ogni fattura (*massimo 2 forniture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art.15*).

E. Apparecchio acustico e ricevitore per impianto cocleare

1. La prescrizione, che ha 36 mesi di validità, è redatta da un medico specialista in otorinolaringoiatria e deve essere corredata dall'esame audiometrico.
2. Per i soci sino a 18 anni di età il contributo per l'acquisto di due apparecchi acustici ogni 18 mesi è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 2.000,00 euro per ciascun apparecchio; per gli altri soci il contributo è erogabile ogni 36 mesi (*temporizzazione mobile - cfr.art.15*);
3. Per la spesa residua - al netto del contributo del SSN - relativa all'acquisto del ricevitore per impianto cocleare, il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 500,00 euro ogni 36 mesi (*temporizzazione mobile - cfr.art.15*);
4. Per la riparazione o la sostituzione degli accessori, il contributo è pari 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per apparecchio acustico (*senza limiti temporali*).

F. Presidi per la deambulazione

1. Si intendono *presidi per la deambulazione* quei presidi (*carrozzine, stampelle, deambulatori e similari*) acquistati o noleggiati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, nonché presso farmacie e parafarmacie.
2. La prescrizione, che ha validità 12 mesi, è redatta da un medico specialista in fisioterapia, neurologia, neurochirurgia, ortopedia, geriatria e reumatologia.

3. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro per ogni fattura (*massimo 1 fornitura ogni 12 mesi – temporizzazione mobile - cfr.art.15*).

G. Parrucche

1. Il contributo - riconosciuto ai soci per i quali sia certificata una pregressa o attuale terapia oncologica (*chemioterapia*) oppure una alopecia cicatriziale acquisita o primitiva - è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro per ogni fattura (*massimo 1 fornitura ogni 24 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).

H. Presidi anti-acaro

1. Si intendono *presidi anti-acaro* il copricuscino, il coprimaterasso e il copripiumino acquistati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.
2. La patologia allergica deve essere in ogni caso certificata da una struttura pubblica.
3. La prescrizione, valida per 24 mesi, è redatta da un medico specialista in pneumologia, allergologia o pediatria. Per le forniture successive alla prima è sufficiente la prescrizione del medico curante.
4. Il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di 130,00 euro (*per l'acquisto fino a tre presidi*) ogni 24 mesi (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).

Art. 29 - Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici

1. Per le prestazioni di diagnosi e cura effettuate in regime privato Assilt eroga un contributo in percentuale sulla spesa sostenuta nei limiti massimi indicati nella **Tabella c**.
2. Ai fini del presente Testo Unico le prestazioni sanitarie ammesse sono suddivise nelle aree della Chirurgia Generale e Ambulatoriale, Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Medicina Nucleare e Radiologia.
3. Per l'erogazione del contributo occorre:
 - la prescrizione del medico curante o dello specialista; ai fini del presente Testo Unico essa è valida per 12 mesi.
 - la documentazione fiscale di spesa, secondo quanto indicato nell'art. 16 che precede.
4. La prescrizione medica non è necessaria qualora gli accertamenti diagnostici siano effettuati durante lo svolgimento di una visita medica specialistica e siano funzionali rispetto alla diagnosi o alla cura.
5. I Soci sono, inoltre, esonerati dalla presentazione della prescrizione medica, nel caso in cui le prestazioni fruite siano presenti su documentazioni fiscali che contestualmente attestino anche il pagamento di spese per *ticket* sanitari.

6. Sono erogabili contributi per pacchetti di prestazioni specialistiche e di diagnostica previste dal presente T.U., purché non temporizzate, per le quali sono applicati degli sconti senza la precisazione del costo della singola prestazione; qualora nel pacchetto risultino eseguite prestazioni non previste dal Testo Unico il contributo non è erogabile per l'intero pacchetto.

7. La disposizione di cui al primo inciso del comma che precede si applica a condizione che il contributo sia inferiore a quello che l'associazione erogherebbe nel caso in cui le prestazioni fossero fatturate in modo analitico.

8. Nel caso di prestazioni specialistiche eseguite presso strutture sanitarie, dove il costo dell'utilizzo dello studio e del materiale sia fatturato separatamente dalla prestazione stessa, l'importo delle due fatture potrà essere sommato ai fini del contributo qualora le spese di cui alle fatture stesse siano documentalmente correlate, fermo restando che l'importo massimo erogabile è quello della prestazione specialistica effettuata.

Tabella c

Accertamenti diagnostici

- Ago-aspirazione o Artrocentesi. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 90,00 euro per ogni seduta
- Agobiopsia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni seduta
- Agobiopsia o Ago-aspirazione eco-guidata. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni seduta
- Angiografia con fluoresceina/Fluorangiografia o Angioscopia oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- Angiografia con verde indocaina in oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- Artroscopia diagnostica (*ad arto*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro per ogni intervento (*massimo 1 intervento per ogni arto ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*)
- Biopsia (*qualsiasi tipologia e distretto tranne in caso di esami endoscopici in quanto inclusa nel contributo*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni fattura
- Biopsia Fusion (*ecoguidata, tridimensionale*). Contributo 70% della spesa sostenuta fino a un massimo 800,00 euro a fattura
- Campimetria (*studio campo visivo*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 90,00 euro per ogni fattura
- Capillaroscopia in cardiologia (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- Cistometrografia in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro a fattura
- Cistografia, cistouretrografia (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 150,00 euro a fattura
- Clisma opaco semplice e con contrasto. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro a fattura
- Colangiografia, angiografia, angio RMN, artrografia, aortografia, arteriografia (*qualsiasi tecnica e zona*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 300,00 euro a fattura
- Colposcopia in ginecologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni fattura

- Curva tonometrica in oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- ECG ambulatoriale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 35,00 euro per ogni esame
- ECG Domiciliare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni esame
- ECG con sforzo. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni esame
- ECG Dinamico - Holter. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- Ecocardiografia doppler - Flussimetria Doppler. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 90,00 euro per ogni fattura
- Ecocardiografia mono e/o bidimensionale (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni fattura
- Ecocardiografia - monitoraggio cardiaco (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni fattura.
- Ecoencefalografia transfontanellare (*in pediatria*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 70,00 euro a fattura
- Ecografia (*qualsiasi zona, distretto, organo*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 110,00 euro a fattura
- Ecografia addome completo. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 140,00 euro a fattura
- Ecografia pelvica con ecografia transvaginale. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura
- Elastografia, Fibroscan epatico (*qualsiasi distretto*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 110,00 euro a fattura
- Elettroretinogramma in oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- Elettroencefalogramma (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- Elettromiografia in neurologia (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 90,00 euro per ogni fattura
- Endoscopia con o senza biopsia (*tutte le tipologie e tutti i distretti*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni fattura.
- Endoscopia con o senza biopsia in sedazione (*tutte le tipologie e tutti i distretti*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 250,00 euro per ogni fattura
- Endoscopia (Colonscopia in sedazione con o senza polipectomia). Contributo del 70%. della spesa sostenuta fino a massimo di 400,00 euro a fattura
- Esame audiometrico (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- Esame doppler, Color doppler, Ecocolordoppler (*qualsiasi tecnica e distretto*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro a fattura
- Esame istologico. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 40,00 euro per ogni esame
- Esame citologico. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 40,00 euro per ogni esame
- Esame del fondo oculare eseguito al di fuori della visita oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 50,00 euro per ogni fattura
- Esame oscillometrico in cardiologia (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 30,00 euro per ogni fattura
- Esame radiografico qualsiasi distretto (*Rx, ortopantomica, stratigrafia, xerostratigrafia, dentoscan, Cone Beam Tac, isterosalpingografia*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro a fattura
- Esame topografico corneale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- Esame urodinamico invasivo in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro a fattura

- **Fotografia del fondo oculare** (*entrambi gli occhi*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni fattura
- **Fotografia del segmento anteriore** (*entrambi gli occhi*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni fattura
- **Gonioscopia** (*eseguita al di fuori della visita medica oculistica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- **Impedenziometria in otorinolaringoiatria**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- **Isteroscopia in ginecologia**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- **Laringoscopia - Faringoscopia - Fibroscopia - Rinoscopia** (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni fattura
- **Mammografia**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 110,00 euro a fattura
- **Mammografia con ecografia**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura
- **Mammografia (Esame clinico e strumentale completo delle mammelle)**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura
- **MOC / Densitometria ossea** (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- **MOC (Mineralometria ossea computerizzata) con morfometria**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni fattura
- **Monitoraggio della pressione arteriosa e venosa centrale**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- **Osservazione dermatologia in epiluminescenza e mappatura nevi**. Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 120,00 euro per ogni esame
- **Otomicroscopia in otorinolaringoiatria**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni fattura
- **Pachimetria o biometria oculare**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni fattura
- **Pap test - Pap net - Virus del papilloma umano (HPV)**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 60,00 euro per ogni fattura
- **PET - Tomoscintigrafia** (*qualsiasi zona*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 1.500,00 euro per ogni fattura
- **Polisonnografia (monitoraggio cardio - respiratorio)**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura (massimo 2 esami ogni 12 mesi – temporizzazione mobile – cfr.art.15)
- **Potenziali evocativi visivi (PEV) in oculistica**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni fattura
- **Potenziali evocati uditivi in otorinolaringoiatria**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- **Prelievo liquorale e di tessuti**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni fattura
- **Rinometria - Olfattometria - Esame della voce - Funzionalità tubarica, vestibolare timpanica in otorinolaringoiatria**. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- **RMN (Colonna vertebrale, arti, muscolotendinea, muscoloscheletrica) con o senza mezzo di contrasto**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro a fattura
- **RMN altri distretti con o senza mezzo di contrasto**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 450,00 euro a fattura
- **RMN Total body**. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 550,00 euro a fattura
- **Scintigrafia** (*qualsiasi zona*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 260,00 euro per ogni fattura
- **Spirometria, prove funzionalità respiratoria e respiratoria/cardiacca** (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni fattura

- Studio motilità oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 60,00 euro per ogni fattura
- Test cardiovascolari per valutazione neuropatia. Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 77,50 euro per ogni esame.
- Test allergeni (*epicutanei, intracutanei, per inalati*), esame allergologico strumentale, True Test, Fotopatch test. Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 100,00 euro per ogni fattura
- Thinprep in ginecologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 65,00 euro per ogni fattura
- Tomografia a coerenza ottica della retina e della papilla ottica (*OCT*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni fattura
- Tonometria eseguita al di fuori della visita in oculistica. Contributo del 65% fino ad un massimo di 50,00 euro per ogni fattura
- TC (*qualsiasi distretto, inclusi esami detti virtuali*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro a fattura
- TC Total Body (*qualsiasi distretto*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 600,00 euro a fattura
- Uroflussometria in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro a fattura
- Valutazione morfologica della papilla ottica e/o delle fibre nervose retiniche (*HRT, GDX*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni fattura
- Valutazione neurologica - anche eseguita da Psicologo (*Test intellettuale, di personalità, potenziali evocativi, valutazione funzione cognitiva, test di memoria, ciclo del sonno - qualsiasi tecnica - incluso il costo della relazione del professionista*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni seduta
- Valutazione ortottica (*eseguita da medico specialista*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 60,00 euro per ogni fattura

Prestazioni specialistiche

- Agoaspirato, asportazioni piccole neoformazioni, cauterizzazione (*qualsiasi tecnica*) in ginecologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 180,00 euro per ogni seduta
- Acquisto apparecchio per la saturimetria - affetti da broncopneumopatia cronica (*massimo 1 apparecchio ogni 24 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 40,00 euro a fattura
- Aerosolterapia, Docce nasali micronizzate (*massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 20,00 euro per ogni seduta
- Angiochirurgia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 40,00 euro per ogni fattura.
- Apparecchio gessato (*qualsiasi distretto*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 80,00 euro a fattura
- Applicazione corsetto gessato. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 80,00 euro a fattura
- Artroscopia interventistica ambulatoriale anche eco-guidata (*ad arto*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro per ogni intervento (massimo 1 intervento per ogni arto ogni 12 mesi – temporizzazione mobile – cfr.art.15)
- Asportazione ambulatoriale (*qualsiasi tecnica – escluse prestazioni estetiche*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni asportazione (*massimo di 5 asportazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*)
- Bendaggio, fasciatura (*qualsiasi distretto*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro a fattura
- Biofeedback in neurologia (*massimo 10 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 35,00 euro per ogni seduta
- Cateterismo con insufflazione tubarica (*a seduta*) in otorinolaringoiatria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 25,00 euro per ogni seduta

- Cateterismo vescicale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 50,00 euro a fattura
- Crioterapia della portio uterina Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 110,00 euro a fattura
- Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (*applicazione e/o rimozione*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (*acquisto del dispositivo*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per ogni documento fiscale
- Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (*Rimozione/applicazione/fornitura*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro per ogni fattura
- Elettrocoagulazione di varici del setto nasale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 35,00 euro per ogni seduta
- Esercizi ortottici (*eseguiti da ortottista - per seduta massimo 6 sedute annue entrambi gli occhi - temporizzazione mobile - cfr.Art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 40,00 euro per ogni seduta
- Frenulotomia in urologia e in otorinolaringoiatria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 450,00 euro a fattura
- Infiltrazione peniena (*escluso farmaco*) in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 70,00 euro a infiltrazione a fattura
- Iniezioni intravitreali: (*incluso il costo del farmaco*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 500,00 euro per ogni seduta
- Interventi ambulatoriali di: legatura, rimozione, curettage, 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 100,00 euro per ogni fattura
- Irrigazione orecchio con rimozione di cerume (*farmaci e medicazioni inclusi*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per irrigazione ogni fattura
- Litotrissia per calcolosi epatica. Contributo del 65% della spesa fino a un massimo di 600,00 euro (*per seduta con un massimo di 3 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*)
- Litotrissia per ostruzione dotti ghiandole salivari. Contributo del 65% della spesa fino a un massimo di 50,00 euro (*per seduta con un massimo di 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*).
- Litotrissia in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 1.900,00 euro a fattura
- Massaggio della prostata (*oltre la visita - per seduta*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 30,00 euro a seduta
- Medicazioni e suture di qualsiasi tipo manu medica - ambulatoriali e domiciliari. Contributo del 65% della spesa fino a un massimo di 50,00 euro a seduta con un massimo di 10 prestazioni ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile - cfr.art.15*)
- Piccoli interventi ambulatoriali di chirurgia oculistica (*Calazio, Pterigio, Neoformazioni congiuntivali e palpebrali*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 300,00 euro per ogni fattura (*massimo 2 interventi ogni 12 mesi- temporizzazione mobile cfr.art.15*)
- Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 170,00 euro per ogni fattura
- Riduzione di lussazione o di frattura (*qualsiasi distretto*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura a seduta
- Rimozione catetere, lavaggio vescicale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro a fattura

Assistenza anestesiologicala

- Assistenza anestesiologicala per esami diagnostici o interventi di piccola chirurgia ambulatoriale (*esclusi quelli odontoiatrici*). Contributo 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 50,00 euro a fattura

Prestazioni erogabili con la valutazione della Linea Sanitaria (*non necessariamente preventiva*)

- Chirurgia proctologica ambulatoriale (*qualsiasi tecnica*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 500,00 euro per ogni fattura
- Ossigenoterapia iperbarica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro a seduta

Tariffe “scontate” - a “pacchetto”

- Prestazioni specialistiche e di diagnostica - Pagamento di tariffe “scontate” o a “pacchetto”. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro a fattura.

Terapie Laser

- Capsulotomia YAG-LASER per cataratta secondaria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- Fotocoagulazione Laser (*per seduta*) in oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni fattura
- Iridotomia Yag laser in oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- Laser terapia chirurgia vascolare - esclusi interventi estetici (*per seduta con un massimo di 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 140,00 euro per ogni seduta
- Trabeculoplastica laser per glaucoma ad angolo aperto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 140,00 euro per ogni fattura

Art. 30 - Esami di laboratorio

33

1. Per tutti gli esami di laboratorio *in vitro* su liquidi biologici (sangue, urine, saliva, sudore, secrezioni e così via) effettuati in regime privato è riconosciuto un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro ogni 12 mesi (plafond - cfr. art. 15) previa presentazione di una prescrizione medica - che ha validità 12 mesi - e della relativa ricevuta di spesa. Per gli esami di oncologia molecolare indicati nella **Tabella d** la prescrizione medica deve essere redatta da un Genetista o da un Oncologo.
2. Tra gli esami del sangue sono inclusi quelli allergologici prescritti ed effettuati da medici di base (*anche pediatri*) o da specialisti in Allergologia, Immunologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Dermatologia e Otorinolaringoiatria.
3. Per gli esami genetici indicati nella **Tabella d** effettuati in regime privato, fermo restando quando previsto dal comma 1, il contributo è riconosciuto nella misura del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 600,00 euro ogni 12 mesi (*plafond - cfr. art. 15*).
4. Per la consulenza effettuata su campioni istologici o citologici consigliati da medici che si avvalgono dei servizi di Anatomia Patologica in regime privato è riconosciuto un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro ogni 12 mesi (plafond - cfr. art. 15) previa presentazione di una prescrizione medica - che ha validità 12 mesi - e della relativa ricevuta di spesa.

Tabella d - Elenco esami genetici previsti

- *Cromatina Sessuale, Cariotipo su sangue periferico (Mappa cromosomica), FISH con altre sonde, FISH su liquido seminale.*
- *Ricerca delle mutazioni del gene per: Acondroplasia, Anemia Falciforme, Aneuploidie Molecolari, Atassie Spinocerebellari, Atassia di Friedreich, Atassia Telangectasia, Distonia Primaria, Distrofia Miotonica, Distrofia Muscolare, Emocromatosi, Huntington, MCDA Deficit Sordità congenita, SBMA, X Fragile*
- *Ricerca delle mutazioni del gene per: Alzheimer familiare, Epidermolisi bullosa, Fenilchetonuria, Retinite pigmentosa, alfa1antitripsina, Atrofia spinale Muscolare tipo 1.*
- *Genotipizzazione del locus ApoE dell'Alzheimer*
- *Analisi del gene del fattore VIII per l'emofilia A*
- *Fibrosi cistica 31 mutazioni, Fibrosi cistica 100 mutazioni, Fibrosi cistica 200 mutazioni, Fibrosi cistica intero gene CFTR*
- *Ricerca delle mutazioni del gene MECP2 Sindrome di Rett*
- *SRY (Sex determining Region)*
- *Ricerca delle principali mutazioni geniche nelle Endocrinopatie congenite 21idrossilasi, 5alfareduttasi, Aromatasi p450, Ipoplasia surrenale congenita, recettore androgenico, recettore estrogenico, Thyroid Hormone Receptor*
- *Analisi di mutazione del gene VDR della Vitamina D, Analisi di mutazione del collagene di tipo 11*
- *Ricerca di mutazioni di geni per malattie cardiovascolari: ACE, AGT, Fattore V di Leiden, Fattore II Protrombina, MTHFR-C677T, MTHFR1298A/C, Ipercolesterolemia familiare,*
- *Iperlipoproteinemia familiare tipo III*
- *Ricerca di mutazioni di geni per Trombofilia, Ricerca del pannello di mutazioni per Trombofilia/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 (prescritta da Genetista o Oncologo)

- *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*

Art. 31 - Farmaci

1. Il Prontuario Assilt (allegato B) contiene l'elenco dei farmaci di elevato valore terapeutico non acquisibili attraverso il S.S.N., secondo quando definito in via insindacabile del Consiglio di Amministrazione.

2. Il contributo per i farmaci di cui al comma 1 è pari al 60% del costo del farmaco con un importo massimo erogabile ogni 12 mesi pari a 250,00 euro (*plafond - cfr. art. 15*) ed è 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 e il codice del prodotto acquistato. In caso di difformità tra il prodotto riportato nella prescrizione e quello acquistato, il contributo è erogabile solo qualora il farmacista attesti che il farmaco acquistato è equivalente a quello prescritto.

3. Non sono erogabili contributi se nello scontrino fiscale non si evince il codice fiscale del Socio o del Beneficiario per il 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.

4. Per i prodotti omeopatici è riconosciuto un contributo pari 60% della spesa, fino a un importo massimo di 250,00 euro ogni 12 mesi (*plafond - cfr. art. 15*), 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'art. 15*). La documentazione di spesa deve essere corredata 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.

5. La visita del medico omeopata non viene rimborsata.

6. Per l'acquisto e la somministrazione degli estratti desensibilizzanti è erogabile un contributo complessivo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 600,00 euro ogni 12 mesi (*plafond - cfr. art. 15*). Il contributo è ammesso solo per i Soci e Beneficiari con patologia allergica certificata che presentino la prescrizione (*della validità di 12 mesi*) di un Allergologo, Immunologo, Dermatologo, Pediatra, Internista, Pneumologo, Otorino e la relativa documentazione di spesa.

Art. 32 - Ticket sanitari

1. È riconosciuto un contributo pari al 90% delle spese sostenute dai Soci per Ticket sanitari (**Tabella e**) riferiti a:

- prestazioni specialistiche e di diagnostica fruita in regime pubblico o accreditato (*escluse quelle di cui all'art. 14, comma 4¹⁴*);
- cure termali;
- pronto soccorso o ricovero.

2. I soci sono esonerati dalla presentazione della prescrizione medica; è invece necessario presentare una dettagliata documentazione di spesa.

3. Per le “quote a ricetta” specificatamente indicate nella documentazione di spesa è erogato lo stesso contributo previsto per i Ticket sanitari.

¹⁴ L'art. 14, comma 4, elenca le prestazioni per le quali con è ammesso un contributo.

4. Nel caso in cui il pagamento del ticket sanitario avvenga tramite bonifico bancario, conto corrente postale o altri sistemi automatizzati occorre che nella ricevuta di spesa si rilevi il fruitore della prestazione e l'importo versato a titolo di ticket; nel caso in cui tali elementi non siano espressamente indicati è indispensabile la prescrizione medica o il riepilogo della prenotazione per identificare il fruitore delle prestazioni eseguite.
5. 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", è riconosciuto a titolo di contributo quanto previsto per ogni tipologia di prestazione allo specifico capitolo di spesa del presente Testo Unico.
6. Nella *fecondazione assistita* con pagamento di "ticket sanitario", per l'atto operativo, i farmaci e le terapie ormonali connesse eseguita in Italia in regime pubblico, secondo la legislazione vigente, è riconosciuto un contributo a Socie o Beneficiarie pari al 90% della spesa sostenuta previa presentazione di dettagliata documentazione di spesa che riporti la prestazione effettuata. Il contributo può essere erogato senza limiti di atti.

Tabella e - Ticket sanitari

Contributo del 90% della spesa sostenuta per le seguenti prestazioni:

- *Odontoiatria*
- *Visite specialistiche*
- *Terapia Fisica*
- *Prestazioni specialistiche*
- *Analisi cliniche*
- *Radiologia*
- *Pronto soccorso, ricovero*
- *Cure termali*
- *Fecondazione assistita*
- *Quota ricetta*

Art. 33 - Terapia infiltrativa, iniettiva, agopuntura e nucleolisi

1. Assilt riconosce un contributo per le seguenti terapie infiltrative ambulatoriali eseguite solo a scopo antalgico (*non anche estetico*) prescritte e fatturate da medici specialisti in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Ginecologia, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Anestesia e Rianimazione (*Terapia del Dolore*), nonché Chirurgia Generale:

- Terapia infiltrativa articolare (*tutte le articolazioni*),
- Terapia infiltrativa perinervosa (*nervi periferici, radici spinali*),
- Terapia infiltrativa peritendinea (*tendini*).

Il contributo è riconosciuto per la somministrazione di farmaci anti infiammatori, anestetici locali, alcol, ozono, ossigeno, acido ialuronico, pappa piastrinica ed è pari, complessivamente, al 65% della spesa sostenuta per acquisto, o preparazione nel caso della pappa piastrinica, e somministrazione della sostanza terapeutica o della pappa piastrinica

fino a un massimo di 500,00 euro ogni 12 mesi (*plafond - cfr. art. 15*), dietro presentazione della prescrizione (*con validità di 12 mesi*) e della ricevuta di spesa dei medici specialisti di cui al primo capoverso. Lo stesso contributo è riconosciuto anche per terapie eco-guidate e per le spese sostenute per la preparazione del siero autologo (*pappa piastrinica*).

2. Assilt riconosce un contributo per le seguenti terapie iniettive ambulatoriali prescritte e fatturate da medici specialisti in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Neurologia, Chirurgia Generale, Oculistica, Anestesia e Rianimazione (*Terapia del dolore*):

- Iniezioni endoarteriose,
- Iniezioni periarteriose,
- Iniezioni sottoconguntivali,
- Mesoterapia.

Tale contributo è riconosciuto esclusivamente per le terapie prescritte a scopo curativo (non anche estetico)

Il contributo - riconosciuto per la terapia iniettiva ambulatoriali di farmaci antinfiammatori (*acquisto e somministrazione*) - è pari al 65% della spesa sostenuta per ogni seduta (*per un massimo di 5 sedute ogni dodici mesi*) nel limite di 50,00 euro per ciascuna (*temporizzazione mobile - cfr. art.15*), dietro presentazione della prescrizione (*con validità di 12 mesi*) e della ricevuta di spesa dei medici specialisti di cui primo capoverso.

3. Assilt riconosce altresì un contributo per le seguenti terapie iniettive ambulatoriali e domiciliari di farmaci diversi da quelli di cui ai commi che precedono eseguite a scopo analgesico o curativo (*non anche estetico*) prescritte e fatturate da un medico specialista o dal medico curante:

- Iniezioni endovenose,
- Iniezioni intramuscolari,
- Iniezioni sottocutanee,
- Fleboclisi.

Il contributo - riconosciuto per acquisto e somministrazione - è pari al 65% della spesa sostenuta per ogni seduta (*per un massimo di 10 sedute ogni dodici mesi*) nel limite di 20,00 euro per ciascuna (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*), dietro presentazione della prescrizione che indichi la diagnosi (*con validità di 12 mesi*) e della ricevuta di spesa emessa dai medici di cui al primo capoverso ovvero, per le terapie iniettive di cui agli alinea 2 e 3 dello stesso comma, anche da infermieri professionali iscritti al relativo albo (*nella fattura va riportato il numero di iscrizione*).

4. Assilt riconosce per l'agopuntura prescritta dai medici specialisti indicati all'art. 34 e eseguita da operatori abilitati in Italia, Laureati in Medicina e Chirurgia, un contributo pari al 65% della spesa sostenuta per ogni seduta (*per un massimo di 10 sedute ogni dodici mesi*) nel limite di 35,00 euro per ciascuna (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*), dietro presentazione della prescrizione (*con validità di 12 mesi*) e della ricevuta di spesa dei predetti medici.

5. Assilt riconosce un contributo per la nucleolisi prescritta e fatturata da medici specialisti in Neurochirurgia, Neuroradiologia, Anestesia e Rianimazione (*Terapia del Dolore*).

Il contributo - riconosciuto per la somministrazione della sostanza sotto guida TAC - è pari al 65% della spesa sostenuta (*per un massimo di un intervento ogni dodici mesi*) nel limite di 500,00 euro per ciascuna (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*) dietro presentazione della prescrizione (*con validità di 12 mesi*) e della ricevuta di spesa dei predetti medici.

Art. 34 - Visite specialistiche, visite dei professionisti della terapia psicologica

1. Assilt riconosce per un massimo di 4 visite specialistiche per anno solare un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino a un limite, per ciascuna visita, di 75,00 per quelle ambulatoriali e 80,00 euro per quelle domiciliari; Assilt riconosce altresì senza limite quantitativo, un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 80,00 euro per le visite mediche specialistiche di cardiologia o pediatria d'urgenza domiciliari festive o notturne.
2. Sono erogabili contributi per 6 visite specialistiche ginecologiche-ostetriche, nel periodo di gravidanza, nella misura di cui al primo inciso del comma 1. Lo stato di gravidanza deve essere certificato o indicato specificatamente nel documento di spesa.
3. Se durante il corso della visita vengono effettuati degli esami diagnostici, il documento di spesa deve recare in maniera distinta il costo della visita e quello di ciascun singolo esame. In mancanza il contributo è così determinato:
 - il 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 75,00 euro per la visita medica specialistica, presumendo che il valore della visita stessa sia di 93,75 euro;
 - per la spesa residua verrà riconosciuto il 50% della spesa sostenuta fino al limite massimo di 250,00 euro (*il 70% della spesa sostenuta fino al limite massimo 400,00 euro per le prestazioni di ostetricia di cui all'art. 37 - cfr. **Tabella g***) e, comunque, in misura non superiore a quello che l'Associazione erogherebbe qualora il costo delle prestazioni fosse stato riportato in fattura in modo analitico.
4. Per le visite specialistiche non è necessaria la prescrizione medica; il documento di spesa deve in ogni caso riportare espressamente il nominativo del medico e la relativa specializzazione (*cfr. art. 16*).
5. Nel caso in cui nel corso della visita medica specialistica vengano effettuate prestazioni si applica quanto indicato nell'art. 29, comma 4¹⁵.
6. Nel caso di visite mediche specialistiche eseguite presso strutture sanitarie in cui il costo dell'utilizzo dello studio sia fatturato separatamente dalla prestazione sanitaria, se dalle due ricevute risulta che le spese sono correlate, ai fini del contributo, l'importo delle due fatture può essere sommato, fermo restando che l'importo massimo erogabile è quello della visita specialistica effettuata.
7. Non sono previsti contributi per le seguenti visite mediche specialistiche e per gli accertamenti a carattere aspecifico (*cfr. art. 14, comma 4*):

¹⁵ L'art. 29, nel disciplinare gli accertamenti diagnostici, precisa, al comma 4, che la prescrizione non è necessaria qualora l'accertamento sia eseguito durante lo svolgimento della visita specialistica e sia funzionale alla diagnosi o alla cura.

1. Odontoiatriche,
2. Omeopatiche,
3. di Medicina Legale e delle Assicurazioni,
4. di Medicina dello Sport,
5. di Medicina del Lavoro,
6. Guardia medica turistica,
7. Visite effettuate per *check up*.

8. Ai fini del contributo sono ammesse le sole visite eseguite dai medici specialisti in:

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

9. Assilt riconosce, nell'ambito delle visite mediche specialistiche indicate al comma 1, per due visite ambulatoriali per anno solare, eseguite da professionisti della terapia psicologica di struttura pubblica o accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, o in attività intramoenia, propedeutiche alla terapia psicoterapica, un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino a un limite, per ciascuna visita, di 75,00 euro.

Per tali visite non è necessaria la prescrizione medica; il documento di spesa deve in ogni caso riportare quanto espressamente indicato all'articolo 16.

Il contributo è erogabile anche per i colloqui che precedono un trattamento psicoterapeutico e nel contributo è inclusa la relazione del professionista.

Nel caso in cui vengano effettuati test di valutazione neurologica si applica quanto indicato nell'art. 29, tabella c; mentre per la terapia psicoterapica che dovesse rendersi necessaria si applica quanto indicato all'art. 39.

Tabella f - Visite mediche specialistiche

- Visita medica specialistica ambulatoriale e visite dei professionisti della terapia psicologica. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 75,00 euro
- Prestazioni specialistiche effettuate nel corso della visita specialistica e non fatturate analiticamente. Contributo del 50% della spesa fino ad un massimo erogabile di 250,00 euro
- Visita medica specialistica domiciliare. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 80,00

- Visita medica specialistica ostetrico - ginecologiche. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 75,00 euro (massimo 6 visite per tutto il periodo di gravidanza)
- Prestazioni specialistiche effettuate nel corso della visita specialistica ostetrico - ginecologiche e non fatturate analiticamente. Contributo del 70% della spesa fino ad un massimo erogabile di 400,00 euro
- Visite mediche specialistiche domiciliari pediatriche notturne o festive. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 80,00 euro
- Visite mediche specialistiche domiciliari cardiologiche notturne o festive. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 80,00 euro

Art. 35 - Fecondazione assistita in regime privato

1. Per l'atto operativo, nonché e le terapie ormonali e farmacologiche da quello dipendenti, eseguito a Socie o Beneficarie in Italia, secondo la vigente legislazione, è riconosciuto un contributo pari al 90% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 2.000,00 euro per atto, previa presentazione - in unica soluzione - di dettagliata documentazione di spesa che riporti le prestazioni effettuate e i relativi costi.
2. Per le prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche effettuate a Soci o Beneficari correlate a una fecondazione assistita è riconosciuto un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 400,00 euro. La documentazione di spesa deve riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite e corredata da prescrizione medica dalla quale risulti la citata correlazione.
3. Per la biopsia dell'embrione eseguita sul blastocisto per definire una diagnosi preimpianto è riconosciuto un contributo pari al 90% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 800,00 euro, previa presentazione di dettagliata documentazione di spesa che riporti la prestazione effettuata e il relativo costo da presentare in unica soluzione unitamente alla documentazione di spesa indicata al comma 1.

Art. 36 - Terapie fisiche

1. È riconosciuto un contributo pari al 65% della spesa sostenuta per massimo 20 sedute ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile - cfr. art.15*) per le prestazioni individuali o collettive di terapia fisica di cui al comma 5 prescritte da medici specialisti e fatturata da medici, da fisiochinesiterapisti o da figure equipollenti riconosciute dal Ministero della Salute. Il contributo per seduta non può superare i 20,00 euro per le terapie individuali e i 10,00 euro per quelle collettive.
2. In caso di gravi e rilevanti patologie croniche del sistema nervoso, osteo-articolare, cardiaco, linfatico e respiratorio con *deficit* di mobilità possono essere riconosciuti ulteriori contributi secondo quanto previsto al comma 1 dell'art. 56¹⁶.
3. Ai fini del contributo sono ammesse le prestazioni prescritte o fatturate da medici specialisti in Ortopedia, Fisiatria, Medicina Fisica e Riabilitativa, Angiologia - Angiochirurgia, Anestesia, Chirurgia vascolare, Cardiologia, Medicina Interna, Neurologia -

¹⁶ L'art. 56 definisce le condizioni di accesso a ulteriori sedute di terapia fisica.

Neurochirurgia, Reumatologia, Chirurgia Generale, Oncologia. Inoltre, Otorinolaringoiatria per la ginnastica vestibolare; Pneumologia per la riabilitazione respiratoria; Ginecologia, Urologia- Nefrologia per la riabilitazione del pavimento pelvico.

4. Le figure professionali ammesse per la fatturazione sono i Terapisti della riabilitazione, i Tecnici fisioterapisti della riabilitazione, i Terapisti della riabilitazione dell'apparato motorio e i Massofisioterapisti, gli Ostetrici per la riabilitazione del pavimento pelvico.

5. Le terapie ammesse a rimborso sono:

- Fisiocinesiterapia (*strumentale, attiva, passiva*),
- Tecar terapia,
- Terapia a scopo antalgico.

6. Per l'erogazione del contributo è necessaria la presentazione della prescrizione delle terapie (*che ha validità 12 mesi*) recante la diagnosi e la tipologia delle sedute prescritte, nonché il documento di spesa contenente la terapia eseguita (*individuale o collettiva*) e il numero delle sedute fatturate.

Tabella g – Terapia fisica

- Terapia fisica – seduta individuale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 20,00 euro a seduta
- Terapia fisica – seduta collettiva. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 10,00 euro a seduta

Art. 37 - Ostetricia

1. È riconosciuto un contributo per le prestazioni ostetriche eseguite nel periodo di gravidanza, previa presentazione di un certificato medico che attesti lo stato di gravidanza medesimo, salvo che la circostanza non sia chiaramente indicata nella relativa documentazione fiscale.

2. Le prestazioni ammesse a contributo, sono indicate in **Tabella g**. Per il contributo non è necessaria la prescrizione medica.

3. Per gli esami genetici e le visite specialistiche si rinvia, rispettivamente, all'art. 30, comma 3, e art. 34 comma 2 e seconda alinea del comma 3¹⁷.

4. Per il *parto naturale* in strutture pubbliche, private o a domicilio, e per quello *cesareo* eseguito in strutture pubbliche o private è previsto il contributo di cui in **Tabella h**, dietro presentazione della seguente documentazione:

- la pagina della cartella clinica che riporta il nominativo della Socia o Beneficiaria, il periodo di ospedalizzazione e la motivazione del ricovero; nei casi di parti domiciliari è necessaria la sola certificazione redatta dall'equipe ostetrica;

¹⁷ L'art. 30, comma 3, e l'art. 34, commi 2 e 3 definiscono i contributo erogabili, rispettivamente, per gli esami genetici e per le visite ginecologico-ostetriche.

- la dettagliata documentazione di spesa rilasciata dalla struttura di ricovero (*convenzionata o privata*) o dall'équipe ostetrica o chirurgica.

Tabella g - Ostetricia

- Ecografie ostetriche. Contributo per singola prestazione pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 100,00 euro per ogni ecografia
- Ecografia morfologica. Contributo per singola prestazione pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 120,00 euro per ogni ecografia
- Amniocentesi (*atto operativo ed esami sul liquido amniotico*). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 700,00 euro a fattura
- Studio dei villi coriali (*analisi completa*). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 500,00 euro a fattura
- Ecocardiogramma (*fetale*). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 110,00 euro a fattura
- Ecoflussimetria doppler qualsiasi distretto (*fetale*). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 90,00 euro 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 200,00 euro per l'intero corso
- Anestesia peridurale in travaglio di parto. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 500,00 euro a fattura (*tutto incluso*)

Tabella h - Parto naturale e cesareo

Parto naturale

- Equipe ostetrica. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 3.000,00 euro
- Sala parto. Contributo del 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 700,00 euro
- Comfort alberghiero. Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di 350,00 euro
- Degenza. (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di 350,00 euro

Parto cesareo

- Equipe chirurgica. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 3.000,00 euro
- Sala operatoria. Contributo pari al 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 700,00 euro
- Comfort alberghiero. Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di 350,00 euro
- Degenza (*assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 40 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di 350,00 euro

Art. 38 - Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione - Disposizioni generali e aspetti organizzativi

1. Oltre ai casi previsti nella Tabella c¹⁸, per il riconoscimento dei contributi previsti negli articoli che seguono è necessaria l'autorizzazione della Linea Sanitaria. Pertanto, all'atto della richiesta del contributo va trasmessa, nelle modalità indicate nel presente Testo Unico, oltre alla citata documentazione di spesa, l'atto autorizzativo rilasciato dalla Linea Sanitaria. Resta fermo, per quanto attiene alla valutazione della documentazione di spesa quanto stabilito all'art. 16.

Art. 39 - Psicoterapia

1. Previa autorizzazione della Linea Sanitaria è riconosciuto un contributo per la psicoterapia (*individuale o di gruppo*) pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 35,00 euro per ogni seduta nel limite di 100 sedute per 36 mesi consecutivi a decorrere dalla prima fattura (*plafond - cfr. art. 15*).

Trascorsi i 36 mesi non potranno essere erogati contributi prima che siano decorsi ulteriori 24 mesi dall'ultimo contributo erogato; resta peraltro fermo quanto richiesto al comma 2 per il nuovo ciclo di sedute.

2. La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- certificazione rilasciata da uno dei professionisti della terapia psicologica di struttura pubblica o accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (*Aziende Ospedaliere, Azienda Unità Sanitarie Locali o Ospedali Accreditati*) o in attività intramoenia; essa ha validità dodici mesi.
- ricevuta di spesa rilasciata da professionisti iscritti nell'Elenco degli Psicoterapeuti. In caso di ricevute emesse da una struttura sanitaria competente che opera in ambito pubblico non deve essere necessariamente indicato che si tratta di uno Psicoterapeuta.

Art. 40 - Assistenza sanitaria domiciliare o ospedaliera

1. Assillt assicura, presso il domicilio, le cure occorrenti al Socio o al Beneficiario con compromessa capacità di provvedere alle normali esigenze della vita quotidiana (grave livello di ADL) a causa di specifiche patologie invalidanti (*neurologiche, cardio-respiratorie, muscolo-scheletriche*).

2. 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.

3. Le prestazioni ammesse a contributo - dietro certificazione medica che ha una validità di 24 mesi e autorizzazione della Linea Sanitaria che ne determina comunque i limiti - sono le visite e le prestazioni specialistiche, le prestazioni infermieristiche diurne ovvero notturne, le terapie della riabilitazione, le indagini strumentali e di laboratorio.

¹⁸ La tabella c. (in calce all'art. 29) prevede l'autorizzazione della Linea Sanitaria per interventi di chirurgia proctologica e l'ossigenoterapia iperbarica.

4. I contributi sono riconosciuti come di seguito indicato:

- Visite specialistiche domiciliari: il 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni visita specialistica domiciliare nel limite di una visita al mese;
- le prestazioni infermieristiche diurne (*alternative alle notturne*): il 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di 15,00 euro l'ora nel limite di 10 ore (*garantita anche nel caso di periodi di ricovero ospedaliero*);
- le prestazioni infermieristiche notturne (*alternative alle diurne*): il 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di 10,00 euro l'ora nel limite di 10 ore (*garantita anche nel caso di periodi di ricovero ospedaliero*);
- le terapie della riabilitazione: il 80% della spesa sostenuta fino a un importo massimo di 6.000,00 euro ogni 12 mesi (*plafond - anno solare - cfr. art. 15*);
- le prestazioni specialistiche, le indagini strumentali e di laboratorio con un contributo pari al 80% della spesa sostenuta con un massimo di 200,00 euro a prestazione.

5. Il riconoscimento dei contributi per le prestazioni autorizzate sopra descritti è subordinato alla presentazione della documentazione di spesa di medici specialistici o di professionisti sanitari abilitati non medici recante il dettaglio delle prestazioni, dei giorni e del numero delle ore giornaliere eseguite.

6. In presenza di eventi morbosi acuti Assilt eroga contributi per un periodo di tempo limitato a 90 giorni complessivi all'anno (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*), per l'assistenza infermieristica ospedaliera o domiciliare, previa autorizzazione della Linea Sanitaria. A tal fine il Socio presenta idonea documentazione medica (*valida per tre mesi*) che attesti la necessità dell'assistenza in relazione alla gravità dell'evento morboso. Il contributo è pari al 80% della spesa fino a un massimo di 15,00 euro l'ora nel limite di 7 ore giornaliere.

7. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e 6, nel caso di ricevute rilasciate dagli infermieri professionali è necessario che sia indicato il numero di iscrizione al Collegio Professionale; qualora le ricevute siano rilasciate da Associazioni o Cooperative abilitate il documento di spesa deve riportare il professionista che ha eseguito la prestazione.

8. In caso del ricovero ospedaliero per i casi di cui al comma 6, Assilt riconosce un contributo per il pernottamento di un familiare pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 75,00 euro al giorno; l'erogazione del contributo è subordinato alla valutazione da parte della Linea Sanitaria della documentazione medica che attesti la necessità dell'assistenza del familiare. Per il Socio o il Beneficiario di età inferiore a 18 anni, qualora l'assistenza sia data da entrambi i genitori, è sufficiente il certificato di ricovero ed è riconosciuto il solo contributo per il pernottamento.

Art. 41 - Ricoveri post-acuti e cronici

1. Per le cure successive a un periodo di ricovero per patologie in fase acuta (*esclusi day hospital*), su proposta del medico curante che ha validità 3 mesi e autorizzazione della Linea Sanitaria è riconosciuto 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 e di importo pari al 75% della

spesa sostenuta fino a un massimo di 75,00 euro giornalieri. A tal fine 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.

2. 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 e autorizzazione della Linea Sanitaria è riconosciuto un contributo per le spese relative al ricovero presso strutture sanitarie abilitate per un periodo massimo di 180 giorni annui e di importo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 75,00 euro giornalieri. A tal fine la documentazione richiesta per ogni caso di ricovero è la seguente:

- relazione che certifichi la patologia, il livello di non autosufficienza e le cure per le quali si rende necessario il ricovero;
- dettagliata documentazione di spesa rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero.

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

4. Ai Soci o Beneficiari con grave non autosufficienza, invalidità del 100% e con indennità di accompagnamento, Assilt eroga un contributo per i ricoveri presso le strutture residenziali extra ospedaliere finalizzate a fornire prestazioni sanitarie, di recupero e trattamenti riabilitativi (*cd. RSA*), di importo pari al 40% della spesa sostenuta fino a un massimo di 6.000,00 euro ogni 12 mesi (*plafond - anno solare - cfr. art. 15*). A tal fine la documentazione richiesta per ogni caso di ricovero è la seguente:

- relazione medica dettagliata con certificazione della patologia e l'indicazione del livello di non autosufficienza (*con validità di 24 mesi*);
- documentazione attestante l'invalidità totale con assegno di accompagnamento;
- documentazione di dettaglio delle spese rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero.

Art. 42 - Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità

1. Per le prestazioni riabilitative ai portatori di disabilità con invalidità certificata dagli organi competenti di almeno il 74% (*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 - periodicamente aggiornato - secondo i bisogni del Socio o del Beneficiario portatore di disabilità. Per le prestazioni riabilitative (*Esercizi di riabilitazione motoria, Esercizi di riabilitazione motoria in acqua, Riabilitazione per disturbi del linguaggio, prestazioni di Terapia Fisica*) effettuate presso centri od operatori specializzati (*Fisiatrici, Fisioterapisti e Logopedisti*), Assilt eroga un contributo pari al 80% della spesa sostenuta su presentazione di regolare documentazione di spesa.

2. Nel caso in cui il Socio o il Beneficiario debba eseguire le terapie riabilitative al di fuori del Comune di residenza, la Linea Sanitaria valuta la necessità di autorizzare i contributi per le

spese di locomozione e pernottamento (cfr. art. 66¹⁹) del Socio o del Beneficiario e di un accompagnatore (due per Soci o Beneficiari di età inferiore ai 18 anni).

3. Previa autorizzazione della Linea Sanitaria, Assilt eroga un contributo per la psicoterapia (individuale o di gruppo) ai portatori di disabilità con invalidità certificata di almeno il 74% (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado "Grave"), pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 35,00 euro a seduta per un massimo di 50 sedute ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - cfr. art. 15). A tal fine la documentazione sanitaria e di spesa necessaria è la seguente:

- prescrizione rilasciata da struttura di Neurologia - Neuropsichiatria pubblica o 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.

4. 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 (plafond - anno solare - cfr. art.15). 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, periodicamente aggiornato, secondo i bisogni del Socio o Beneficiario portatore di disabilità. Ai fini del contributo la documentazione sanitaria e di spesa necessaria 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 (Professionisti iscritti nell'Elenco degli Psicoterapeuti), Psicologi, Psicologi clinici, Psicoterapisti a indirizzo cognitivo comportamentale, Psicomotricisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità in età evolutiva, Tecnici ABA, Pedagogisti, Terapisti occupazionali Terapisti di riabilitazione psichiatrica, Analisti comportamentali e Educatori professionali.

5. Assilt, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo per la permanenza e frequenza di strutture di accoglienza o dei soggiorni diurni-semiresidenziali regolarmente autorizzate dalle ASL, ai portatori di disabilità con invalidità totale certificata del 100% (al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado "Grave"). Il contributo è pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 3.000,00 euro ogni anno (plafond - anno solare - cfr. art. 15). 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 - che viene periodicamente aggiornato - secondo i bisogni di mantenere o migliorare le capacità funzionali, comportamentali, cognitive, affettive e relazionali del Socio o del Beneficiario portatore di disabilità. La documentazione sanitaria e di spesa necessaria ai fini del contributo è la seguente:

¹⁹ L'art. 66 disciplina le spese logistiche.

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

6. 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"*), pari al 65% della spesa sostenuta fino a un importo massimo di 3.000,00 euro ogni anno (*plafond - anno solare - cfr. art. 15*). A tal fine 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.

7. Assilt, previo parere favorevole della Linea Sanitaria, riconosce nuovi contributi prima dei limiti temporali previsti indicati all'art.28 per i presidi sanitari necessari ai portatori di disabilità con invalidità certificata di almeno il 74% (*al di sotto dei 18 anni di età invalidità certificata come di grado "Grave"*) pari al 80% della spesa sostenuta.

Il presidio sanitario per il quale si concede l'autorizzazione deve essere attinente alla patologia da cui è affetto il socio.

Per le altre condizioni normative e il contributo massimo erogabile per ogni prestazione autorizzata si applica quanto indicato all'art. 28²⁰.

Tabella i - Prestazioni riabilitative e assistenza disabili

- **Esercizi di riabilitazione motoria.** Contributo del 80% della spesa sostenuta
- **Esercizi di riabilitazione motoria in acqua.** Contributo del 80% della spesa sostenuta
- **Riabilitazione per disturbi del linguaggio.** Contributo del 80% della spesa sostenuta
- **Terapia fisica - Sedute individuali o collettive.** Contributo del 80% della spesa sostenuta
- **Psicoterapia ai portatori di disabilità.** Contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 35,00 euro a seduta per un massimo di 50 sedute ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).
- **Terapia cognitivo - comportamentale.** Contributo del 80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 8.000,00 euro annui (*plafond - anno solare - cfr. art.15*).
- **Strutture di accoglienza (*permanenza e frequenza*).** Contributo del 80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 3.000,00 euro annui (*plafond - anno solare - cfr. art. 15*).
- **Trattamenti riabilitativi non convenzionali.** Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 3.000,00 euro annui (*plafond - anno solare - cfr. art.15*)
- **Protesi e presidi sanitari.** Contributo pari al 80% della spesa sostenuta (*per i limiti normativi e di contributo cfr.art. 28*).

²⁰ L'art. 28 disciplina i contributi per le protesi e i presidi sanitari.

Art. 43 - Visita medica specialistica di Alta Consulenza

1. In caso di dubbi diagnostici o terapeutici e, comunque, solo dopo aver eseguito per la stessa patologia altre visite mediche specialistiche, Assilt, su autorizzazione della Linea Sanitaria, riconosce un contributo per le visite di Alta Consulenza. A tal fine è necessaria una richiesta motivata di un medico specialista o del medico curante ovvero l'indicazione del Consulente Sanitario Territoriale. Il contributo previsto per la visita medica specialistica di Alta Consulenza e le prestazioni contestuali necessarie al completamento del quadro clinico - diagnostico è pari al 75% delle spese sostenute.
2. Le specializzazioni per le quali è ammessa la visita di cui al comma 1 sono le seguenti:

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

Art. 44 - Visite mediche specialistiche ulteriori

1. In caso di particolari patologie è riconosciuto al Socio o per il Beneficiario un contributo per visite ulteriori rispetto a quelle già previste dall'art. 34, comma 1, su autorizzazione della Linea sanitaria - alla quale va sottoposta, a fini valutativi, una motivata certificazione medica - e dietro presentazione della documentazione di spesa secondo quanto previsto dall'art. 16.
2. Le specializzazioni per le quali sono ammesse le visite di cui al comma 1 sono le seguenti:

*Allergologia e Immunologia clinica, Anatomia patologica, Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Audiologia - Foniatria
Cardiologia, Cardiochirurgia, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare,
Dermatologia e Venereologia,*

*Ematologia, Endocrinologia - Malattie del ricambio,
Fisiatria,
Gastroenterologia, Genetica medica, Geriatria, Ginecologia - Ostetricia,
Infettivologia,
Medicina tropicale Medicina fisica e riabilitazione, Medicina interna, Medicina nucleare,
Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria infantile, Neurochirurgia,
Oculistica, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria,
Pediatria, Pneumologia, Psichiatria,
Radioterapia, Reumatologia,
Scienza dell'alimentazione,
Urologia – Nefrologia.*

Art. 45 - Interventi chirurgici di Alta qualifica

1. In caso di interventi chirurgici di particolare interesse sanitario per i quali occorra il ricorso a operatori e strutture di particolare specializzazione e di alta qualifica, anche estere, Assilt eroga un contributo pari al 80% della spesa sostenuta per l'intervento, la degenza, i relativi accertamenti e le terapie necessarie per l'intero ricovero.
2. L'erogazione dei contributi ha luogo su autorizzazione della Linea Sanitaria territoriale *(previa conferma vincolante del Consulente Sanitario Nazionale)*.
3. Per i soli Soci Lavoratori o i loro Beneficiari, qualora le spese complessive da sostenere risultassero superiori a 800,00 euro, Assilt, su richiesta scritta del Socio corredata dal preventivo di spesa rilasciato dalla struttura sanitaria, può concedere un anticipo di importo non superiore al 60% del contributo erogabile.
4. Nel caso in cui il Socio o il Beneficiario debba eseguire le prestazioni al di fuori del Comune di residenza, la Linea Sanitaria valuterà la necessità di autorizzare i contributi per le spese di locomozione e pernottamento *(cfr. art. 66)* del Socio o del Beneficiario e di un accompagnatore *(due per Soci o Beneficiari di età inferiore ai 18 anni)*.

Art. 46 - Terapie oncologiche

1. Su presentazione di una "relazione clinica" rilasciata dalla struttura di ricovero o dal medico specialista - sottoposta alla valutazione della Linea Sanitaria per la necessaria autorizzazione - e di una dettagliata documentazione di spesa riguardante le terapie eseguite sono erogati al Socio o per il Beneficiario contributi per le prestazioni e nei limiti di seguito indicati:
 - 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni 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 antiblastici, antiemetici, antidolorifici e farmaci necessari durante il trattamento;
 - 80% della spesa per gli integratori o prodotti alimentari acquistati presso farmacie o parafarmacie o rivendite autorizzate;
 - 80% della spesa per prodotti dermatologici o dispositivi medici necessarie a seguito della terapia radiante;

- 80% della spesa sostenuta per le terapie *oncologiche (chemioterapia, terapia radiante e ipertermia)* l'equipe chirurgica, il materiale; la struttura (*ambulatori, sala operatoria, degenza e così via*).

I contributi per i farmaci, gli integratori, i prodotti alimentari e i prodotti dermatologici sono erogabili soltanto per il periodo del trattamento oncologico.

Art. 47 - Disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi comportamentali

1. Assilt, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro per ogni seduta nel limite di 100 sedute ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile - cfr.art.15*) per i percorsi terapeutici necessari ai Soci e Beneficiari con disturbi specifici dell'apprendimento o disturbi comportamentali.

2. La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:

- piano terapeutico (*con validità di 12 mesi*) rilasciato:
 - a) da professionisti sanitari o medici di una struttura sanitaria pubblica di Neurologia, di Neuropsichiatria, di Neuropsicologia, da Medici Specialisti dei Dipartimenti di Salute Mentale del Servizio Sanitario Nazionale;
 - b) da centri accreditati per rilascio certificati disturbi specifici dell'apprendimento (*DSA*);
- nei *disturbi specifici dell'apprendimento* una ricevuta di spesa rilasciata Psicologi, Psichiatri, Psicomotricisti, Pedagogisti clinici e Logopedisti;
- nei *disturbi comportamentali* una ricevuta di spesa rilasciata da Psicologi, Psichiatri, Psicomotricisti, Pedagogisti clinici, Terapisti della Neuro e Psicomotricità, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Specialisti delle scienze e tecniche psicologiche.

Art. 48 - Gravi patologie Oro-dentali

1. Nel caso di particolari patologie sistemiche (*neoplasie maligne dei tessuti orali, della lingua, della testa, del 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.

2. Per la valutazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico sono necessari i seguenti documenti:

- 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, che consenta di verificare le cure per le quali viene richiesta la valutazione, riportante il nome e cognome del fruitore e la data di effettuazione (*radiografie, fotografie intra-orali professionali, fotografie cliniche extra-orali*).

Art. 49 - Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro

1. Il limite di 7 anni di cui all'art. 21, lett. E., terzo alinea²¹, non si applica nei casi di sopravvenuta edentulia totale dell'arcata interessata o perdita di uno degli elementi naturali pilastro o di ancoraggio della protesi. A tal fine è necessaria l'autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Nazionale Odontoiatrico.

2. I documenti richiesti per la valutazione sono:

- dettagliata certificazione dell'odontoiatra;
- dettagliato piano di cura;
- idonea documentazione diagnostica che consenta di verificare le cure per le quali viene richiesta la valutazione (*radiografica o equipollente*).

Art. 50 - Chirurgia maxillo-facciale

1. 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, è riconosciuto un contributo su autorizzazione della Linea Sanitaria territoriale, previa valutazione positiva vincolante del Consulente Sanitario Nazionale Odontoiatrico.

2. I contributi previsti sono quelli indicati nella **tabella I**.

3. I documenti sanitari richiesti per la valutazione sono:

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

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

Tabella I – Chirurgia maxillo – facciale

- **Intervento chirurgico** (*équipe chirurgica, sala operatoria, degenza: assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 6.500,00 euro concedibili

²¹ L'art. 21 disciplina le temporizzazioni per il riconoscimento dei contributi per le cure odontoiatriche.

- **Comfort alberghiero.** Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 500,00 euro concedibili

Art. 51 - Trattamenti ortodontici pre-protetici; nuovi periodi di cura ortodontica

1. Nel caso di trattamento ortodontico pre-protetico a Soci e Beneficiari per i quali siano già stati riconosciuti contributi per un intero ciclo di terapia attiva, potranno essere erogati nuovi contributi su autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Sanitario Nazionale Odontoiatrico. 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 protesico;
- idonea documentazione diagnostica (*radiografica o equipollente*).

2. Nel caso di particolari patologie sistemiche, gravi patologie genetiche, congenite, traumi del distretto oro-maxillo-facciale, a Soci e Beneficiari per i quali siano già stati riconosciuti contributi per un intero ciclo di terapia attiva, su autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Sanitario 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 equipollente*).

3. Per il riconoscimento del contributo per quanto indicato al comma 1 si applica quanto disposto dagli artt. 19 - 23 per il terzo anno di cura ortodontica. Per il riconoscimento del contributo per quanto indicato al comma 2 si applica quanto disposto dagli artt. 19 - 23 per il primo anno di cura ortodontica.

Art. 52 - Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario

1. Ai Soci e per i Beneficiari, affetti da patologie oculari, sottoposti a 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, su autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Nazionale Oculistico.

2. La documentazione necessaria a fini valutativi 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.

3. Per il riconoscimento del contributo si applica quanto disposto dagli artt. 24 e 25²².

4. Su autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Nazionale Oculistico, è riconosciuto un contributo per le lenti a contatto utilizzate a scopo terapeutico-protettivo (*cheratopatie bollose e così via*), per quelle occlusorie (*ambliopie, diplopie da deficit muscolari acquisiti e così via*) o per quelle per afachia prescritte da un medico oculista. Il contributo erogabile è pari al 60% della spesa sostenuta per un contributo massimo di 60,00 euro per ogni lente acquistata (*massimo due lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).

5. Alle stesse condizioni di cui al comma precedente, Assilt a quanti affetti da cheratocono riconosce un contributo per le lenti a contatto per cheratocono - accertato con esame topografico a colori con indice diagnostico specifico - pari al 60% della spesa sostenuta per un limite di 170,00 euro per ogni lente acquistata (*massimo due lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*) e per le lenti a contatto sclerali - pari al 60% della spesa sostenuta per un limite di 480,00 euro per ogni lente acquistata (*massimo due lenti ogni 6 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).

Art. 53 - Riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco

1. Assilt contribuisce alle spese sostenute dai soci per la riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe e da gioco, previa autorizzazione, nella misura del 80% delle spese sostenute fino a un massimo di 9.600,00 euro (*plafond - anno solare - cfr. art. 15*).

2. La documentazione necessaria è la seguente:

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

3. Su esplicita richiesta della struttura riabilitativa, ai fini del completamento del trattamento terapeutico, Assilt riconosce, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, le spese di locomozione e di pernottamento per 2 familiari (*possibilmente genitori*) per un massimo di due volte al mese. Tali spese sono riconosciute nel caso in cui la struttura riabilitativa si trovasse al di fuori del Comune di residenza secondo quanto previsto all'art. 66.

Art. 54 - Alimenti specifici per gravi patologie

A. Prodotti dietetici per specifiche patologie (*leucinosi e mucoviscidosi*)

1. Per quanto non erogabile dal S.S.N. Assilt eroga un contributo pari al 80% della spesa sostenuta e documentata per l'acquisto, anche on line, presso farmacie, parafarmacie o rivendite di prodotti dietetici specifici. Il contributo è subordinato all'autorizzazione della Linea Sanitaria.

2. La documentazione necessaria è la seguente:

²² Gli articoli citati nel testo definiscono il contributo e la temporizzazione per gli occhiali da vista.

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

B. Latte ipoallergenico

1. Per l'acquisto - presso farmacie, parafarmacie o rivendite autorizzate - di latte ipoallergenico necessario all'alimentazione nei primi 24 mesi di vita degli iscritti affetti da intolleranza al lattosio è riconosciuto un contributo pari al 75% della spesa sostenuta. Il contributo è subordinato all'autorizzazione della Linea sanitaria.

2. La documentazione necessaria è la seguente:

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

C. Prodotti dietetici aproteici

1. Per quanto non erogabile dal S.S.N. Assilt eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta per l'acquisto di prodotti aproteici presso farmacie, parafarmacie o rivendite specializzate, necessari all'alimentazione di iscritti affetti da insufficienza renale cronica. Il contributo è subordinato alla valutazione della Linea Sanitaria.

2. 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 di prodotti dietetici specifici.

D. Prodotti dietetici privi di glutine

1. A integrazione di quanto già fornito dal S.S.N., Assilt riconosce un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro erogabile ogni 12 mesi (*plafond - cfr. art. 15*) per l'acquisto di prodotti privi di glutine necessari all'alimentazione dei Soci o Beneficiari affetti da morbo celiaco certificato da un medico specialista di struttura pubblica e agli iscritti fino ai 10 anni di età con una patologia ancora non certa, ma con certificazione medica specialistica di struttura pubblica di sensibilità al glutine.

2. Ai fini di cui al comma 1 i prodotti devono essere acquistati farmacie, parafarmacie e punti commerciali specializzati in tali prodotti.

3. È essenziale che dalla documentazione di spesa si evinca l'acquisto di un prodotto privo di glutine.

4. 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".

Art. 55 - Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori

1. Per quanto non erogabile dal S.S.N., Assilt eroga un contributo (**Tabella m**) per l'acquisto ogni 5 anni (*temporizzazione* – cfr. art.15) o per l'affitto, presso rivendite specializzate e legalmente autorizzate, di ventilatori (*inclusi gli accessori*) per la respirazione assistita, per le seguenti patologie:

- sclerosi laterale amiotrofica (*SLA*),
- malattie neuro-muscolari,
- broncopneumopatie croniche ostruttive con insufficienza respiratoria,
- ipoventilazione da obesità,
- apnee notturne (*OSAS*).

Nel caso di fornitura dell'apparecchio per la ventilazione assistita sono erogabili contributi per l'acquisto di ulteriori accessori pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 240,00 euro ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile* – cfr. art. 15).

55

2. Il contributo è subordinato all'autorizzazione della Linea Sanitaria.

3. 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"*).

4. Assilt eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 60,00 euro ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile* – cfr. art. 15) per l'acquisto di apparecchi nebulizzatori nei seguenti casi:

- bronco-pneumopatie respiratorie croniche ostruttive con insufficienza respiratoria;
- asma allergico.

5. Il contributo è subordinato all'autorizzazione della Linea Sanitaria.

6. 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.

Tabella m - Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori

- Acquisto ventilatori per la respirazione assistita (*inclusi gli accessori*). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 900,00 euro
- Affitto ventilatori per la respirazione assistita (*inclusi gli accessori*). Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 200,00 euro mensili
- Ulteriori accessori per il ventilatore per la respirazione assistita. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 240,00 euro ogni 12 mesi
- Acquisto apparecchio nebulizzatore. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 60,00 euro ogni 12 mesi.

Art. 56 – Terapia Fisica – Casi di particolare interesse sanitario

1. In caso di gravi e rilevanti patologie croniche del sistema nervoso, osteo-articolare, cardiaco e respiratorio con deficit di mobilità, debitamente documentate con certificazione medica ed esami diagnostici, Assilt riconosce contributi per sedute ulteriori rispetto a quelle previste dall'art. 36²³. Il contributo è subordinato all'autorizzazione della Linea Sanitaria alla quale va sottoposta la seguente documentazione:

- certificazione della patologia redatta da un medico specialista di una struttura pubblica o accreditata e relativi esami diagnostici;
- dettagliata prescrizione della terapia fisica necessaria redatta da un medico specialista di una struttura pubblica o accreditata o in attività intramoenia;
- referto di indagini diagnostiche o strumentali preventivamente eseguite relative al motivo per cui si richiedono cure fisioterapiche.

56

2. È in facoltà della Linea Sanitaria richiedere ulteriore documentazione funzionale al procedimento autorizzativo.

3. Per quanto attiene ai medici e professionisti abilitati e alla documentazione di spesa si rinvia all'art. 36.

4. Assilt eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 25,00 euro 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 all'autorizzazione della Linea Sanitaria.

5. Per la documentazione di spesa, dettagliata per prestazione, si rinvia all'art. 36, comma 6.

6. Assilt eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta per l'affitto dell'apparecchio per Magnetoterapia o per la stimolazione biofisica fino a un massimo di 350,00 euro per l'intero ciclo di cura. Il contributo è erogabile anche nel caso di acquisto. Il contributo è subordinato all'autorizzazione della Linea Sanitaria. La documentazione necessaria è la seguente:

²³ L'art. 36 stabilisce i contributi per la terapia fisica.

- 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.

7. Assilt eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per l'intero ciclo di cura, per l'affitto del dispositivo meccanico per la mobilitazione continua e passiva di un segmento articolare (*CPM*) in seguito a intervento chirurgico oppure per gravi patologie osteo-articolari debitamente certificate. Il contributo è subordinato all'autorizzazione 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.

Art. 57 - Erogazioni straordinarie

1. 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 Beneficiari che, a seguito di rilevanti spese sanitarie, solo in parte coperte dal S.S.N. o dall'Assilt, abbiano a proprio carico un rilevante onere residuo.

2. La richiesta di erogazione è sottoposta al parere della Linea Sanitaria.

3. 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 200,00 euro;
- l'importo massimo erogabile dal Delegato, concertato con il Collegio di riferimento, non potrà superare 1.500,00 euro; per importi superiori la competenza è del Consiglio di Amministrazione;
- la somma fra il contributo erogato a norma del presente Testo Unico e quello corrisposto a titolo di erogazione straordinaria non potrà in nessun caso superare il 80% della spesa sostenuta.

4. Non sono ammissibili richieste di erogazione straordinaria per il superamento di vincoli normativi o temporali.

5. Non sono, inoltre, ammesse richieste inerenti a oneri residui non coperti dal S.S.N. o dall'Assilt relativi a:

- a. prestazioni odontoiatriche;
- b. ricoveri post-acuti o cronici;
- c. assistenza infermieristica domiciliare o ospedaliera;
- d. interventi chirurgici per prestazioni estetiche;
- e. farmaci non contemplati nel Prontuario Farmaceutico Integrativo Assilt;
- f. tutti gli interventi chirurgici effettuati in regime privato (con ricovero, in day hospital o ambulatoriali);
- g. spese di locomozione e pernottamento.

Art. 58 - Trasporto in autoambulanza

1. Assilt riconosce un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro ai Soci o per i Beneficiari con gravi problemi motori che necessitano del trasporto in autoambulanza o mezzi simili 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.

2. Tali richieste di erogazioni sono sottoposte all'autorizzazione della Linea Sanitaria.

3. I documenti necessari sono:

- una certificazione medica o la lettera di dimissione ospedaliera da cui si possa evincere la necessità della trasportabilità tramite ambulanza;
- la documentazione di spesa.

Art. 59 - Interventi chirurgici in Day Hospital (regime privato)

1. Assilt nei casi di interventi chirurgici da effettuare in regime privato di *day hospital* (*esclusi interventi di odontoiatria*) riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di 1.500,00 euro (*la spesa include il pernottamento dell'assistito, l'equipe medica, la sala operatoria, i medicinali e il materiale di medicazione*). La Linea Sanitaria autorizza l'intervento in regime privato solo previa valutazione della documentazione richiesta dalla Linea Sanitaria medesima e della tempistica di intervento rispetto alla patologia da trattare nelle strutture pubbliche sul territorio di residenza e tenuto conto dell'eventuale documentazione prodotta dal Socio.

2. La documentazione necessaria per il riconoscimento del contributo è:

- la pagina della cartella o idonea certificazione dalla quale si possa evincere il nominativo, la data e il tipo di intervento;
- la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura sanitaria.

Art. 60 - Interventi chirurgici generici in regime privato (con ricovero di più giorni)

1. Assilt nei casi di interventi chirurgici generici da effettuare in regime di ricovero (*con più di una notte di ricovero*) in strutture private riconosce il contributo di cui alla **Tabella n** per le spese relative all'intervento, alla sala operatoria e alla degenza e al comfort alberghiero. La Linea Sanitaria autorizza l'intervento in regime privato solo previa valutazione della documentazione richiesta dalla Linea Sanitaria medesima e della tempistica di intervento rispetto alla patologia da trattare nelle strutture pubbliche sul territorio di residenza e tenuto conto dell'eventuale documentazione prodotta dal Socio.

2. 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.

Tabella n - Interventi chirurgici generici in regime privato

- **Intervento chirurgico** (*équipe chirurgica, sala operatoria, degenza: assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 6.500,00 euro concedibili
- **Comfort alberghiero**. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 500,00 euro concedibili

Art. 61- Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato

1. Assilt eroga il contributo di cui agli artt. 59 e 60 per le spese sostenute per interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero o *day hospital* in ambito privato necessari per correggere specifiche menomazioni funzionali. Ai fini del presente Testo Unico per "menomazione funzionale" si intende quell'alterazione che riduce la funzionalità dell'organo o dell'apparato.

La Linea Sanitaria autorizza l'intervento in regime privato solo previa valutazione della documentazione richiesta dalla Linea Sanitaria medesima e della tempistica di intervento rispetto alla patologia da trattare nelle strutture pubbliche sul territorio di residenza e tenuto conto dell'eventuale documentazione prodotta dal Socio; nel caso di interventi chirurgici di "blefaroplastica" è in ogni caso indispensabile presentare alla Linea Sanitaria un esame del campo visivo dal quale si evinca la presenza della menomazione funzionale.

59

2. 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.

Art. 62 - Chirurgia Oculistica

1. In via generale Assilt non riconosce contributi per gli interventi di Chirurgia Oculistica in regime privato. Fanno eccezione i casi di particolare urgenza e gravità (per glaucoma ovvero relativi alla retina, alla cornea, alle palpebre, alle vie lacrimali e all'orbita), previa autorizzazione della Linea Sanitaria, su parere vincolante del Consulente Nazionale Oculistico. La Linea Sanitaria autorizza l'intervento in regime privato solo previa valutazione della documentazione presentata e della tempistica di intervento rispetto alla patologia da trattare nelle strutture pubbliche sul territorio di residenza e tenuto conto dell'eventuale documentazione prodotta dal Socio.

2. I documenti richiesti per la valutazione della Linea Sanitaria sono:

- una dettagliata certificazione redatta dal medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza;

- idonea documentazione diagnostica (*topografia corneale per la chirurgia refrattiva*).

3. Gli interventi ammessi a contributo alle condizioni sopra riportate, e salvo diversa indicazione, sono di seguito indicati.

A. *Chirurgia refrattiva (in regime ambulatoriale, day hospital o ricovero)* eseguita a Soci o Beneficiari (*di tutte le età*) affetti da anisometropia (*con differenza di almeno 3 diottrie fra i due occhi*), leucomi (*opacità della cornea*) ovvero a Soci o Beneficiari con un difetto visivo superiore o uguale a +/- 6 diottrie di sfera o +/- 2,50 diottrie di cilindro oppure un equivalente sferico (*valore della sfera sommato alla metà del valore del cilindro*) superiore o uguale a 6, di età compresa tra i 21 e i 50 anni. Il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 750,00 euro per occhio. Le relative erogazioni avvengono su presentazione della documentazione di spesa e della certificazione del medico oculista attestante lo scopo terapeutico dell'intervento e la patologia. I contributi sono erogabili una sola volta nell'intero rapporto associativo.

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*).

I Soci e Beneficiari ai quali è stato erogato un contributo per intervento di chirurgia refrattiva non possono essere destinatari di ulteriori contributi per occhiali da vista o lenti a contatto secondo i limiti indicati all'art. 25, comma 7, e art. 27, comma 3.

B. *Cataratta (in regime ambulatoriale, day hospital o ricovero)*.

Fermo restando quanto previsto al comma 1, il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 1.500,00 euro ad occhio. Le relative erogazioni avvengono su presentazione della documentazione di spesa unitamente alla dettagliata certificazione del medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza.

60

C. *Cross linking per il cheratocono (in regime ambulatoriale, day hospital o ricovero)*.

Fermo restando quanto previsto al comma 1, il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 1.500,00 euro per occhio. Per il riconoscimento del contributo è necessaria la presentazione della prescrizione del medico oculista corredata dalla copia della topografia corneale, nonché la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento.

D. *Altri Interventi di chirurgia oculistica (Day Hospital in regime privato)*.

Fermo restando quanto previsto al comma 1, il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di 1.500,00 euro (*equipe medica, sala operatoria, medicinali e materiale di medicazione*). Per l'autorizzazione è richiesta una dettagliata certificazione redatta dal medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza, nonché ogni idonea documentazione diagnostica. Per il riconoscimento del contributo è necessaria la pagina della cartella o idonea certificazione dalla quale si possa evincere il nominativo, la data ed il tipo di intervento, nonché una dettagliata documentazione di spesa, rilasciata dalla struttura sanitaria, riguardante l'intervento effettuato.

E. Interventi chirurgici oculistici (Ricovero in regime privato)

Fermo restando quanto previsto al comma 1, Assilt riconosce un contributo per le spese relative all'intervento, alla sala operatoria, alla degenza e al comfort alberghiero secondo quanto indicato in **Tabella o**. Per l'autorizzazione è richiesta una dettagliata certificazione redatta dal medico oculista attestante la patologia e il carattere di urgenza, nonché ogni idonea documentazione diagnostica. Per il riconoscimento del contributo è necessaria la pagina della cartella o idonea certificazione dalla quale si possa evincere il nominativo, il periodo di ospedalizzazione e il tipo di intervento, nonché una dettagliata documentazione di spesa - rilasciata dalla struttura di ricovero - riguardante l'intervento.

F. Per piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale Assilt riconosce contributi secondo quanto previsto dall'art. 29 (Tabella C).

Tabella o - Interventi di chirurgia oculistica

- **Intervento chirurgico** (*équipe chirurgica, sala operatoria, degenza: assistenza, diagnostica, farmaci e materiale vario di medicazione*). Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 6.500,00 euro concedibili
- **Comfort alberghiero**. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 500,00 euro concedibili

Art. 63 - Ausili per incontinenza

1.A integrazione di quanto fornito dal S.S.N., in presenza di gravi situazioni di incontinenza Assilt riconosce ai portatori di disabilità con invalidità certificata a partire dal 74% un contributo per l'acquisto di materiale assorbente e monouso (*traverse, pannoloni, cateteri e sacche*) presso farmacie, parafarmacie o rivendite specializzate (*incluse le catene di distribuzione di prodotti per l'igiene*).

2.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 specializzate.

3.Il contributo, subordinato all'autorizzazione della Linea Sanitaria, è pari al 75% fino a un massimo di 600,00 euro per anno solare.

Art. 64 - Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale

1.Assilt riconosce il contributo di cui alla **Tabella p** per le prestazioni prescritte da medici specialisti in Pediatria, Neurologia - Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Otorinolaringoiatria - Foniatria e fatturate dagli specialisti stessi o da logopedisti. È necessaria l'autorizzazione della Linea Sanitaria alla quale è sottoposta la prescrizione delle terapie (*valida per 12 mesi*) recante la diagnosi e il dettaglio delle sedute.

2.Le terapie autorizzabili sono:

- logopedia,
- training per disfasia, discalculia e dislessia,
- terapia mio-funzionale

3. Per l'erogazione del contributo per le sedute definite in fase autorizzativa occorre la ricevuta di spesa dettagliata per prestazione, numero di sedute e costo per seduta.

Tabella p -- Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale

- **Logopedia.** Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro per seduta (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).
- **Training disfasia, discalculia e dislessia.** Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro ogni seduta (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).
- **Terapia mio-funzionale.** Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro per seduta (*temporizzazione mobile - cfr. art. 15*).

Art. 65 - Misuratore Glicemico

1. Previa autorizzazione della Linea Sanitaria, Assilt riconosce ai Soci e per i Beneficiari affetti da Diabete Mellito insulino-dipendente di tipo instabile un contributo per l'acquisto del misuratore glicemico e i sensori di ricambio.

2. 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 specializzate.

3. I contributi sono erogati come di seguito indicato nella **Tabella q**.

Tabella q - Misuratore glicemico

- **Acquisto dell'apparecchio (tipo *FreeStyle libre*).** Contributo del 75 % della spesa sostenuta sino a 150,00 euro ad apparecchio (*1 apparecchio ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*);
- **Acquisto dei sensori di ricambio.** Contributo pari al 75 % della spesa sostenuta sino a un plafond massimo di 1.000,00 euro erogabile ogni 12 mesi (*plafond - cfr. art. 15*).

Titolo 3 - Altre disposizioni

Art. 66 - Spese logistiche

1. Ai fini del presente Testo Unico per *spese logistiche* si intendono quelle di *locomozione* e quelle di *pernottamento* sostenute dai Soci per sé o per i propri Beneficiari funzionali a dar corso a prestazioni sanitarie fuori dal Comune di Residenza (*anche rese all'Estero*). Di seguito sono indicati la tipologia di spesa, le condizioni applicative e il relativo contributo.

Per la determinazione di quest'ultimo è preso in considerazione solo l'elemento della distanza; questa è determinata dal Comune di Residenza ex art. 43²⁴ del Codice Civile al Comune in cui è ubicata la struttura sanitaria di destinazione. Per il contributo è necessaria la previa autorizzazione della Linea Sanitaria.

2. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano, oltre che nei casi espressamente previsti dalle norme che precedono, anche in caso di quadri clinici particolari in relazione alle caratteristiche del paziente e al contesto sanitario del territorio di residenza, in funzione dell'effettuazione di visite mediche specialistiche (*regime pubblico o privato*) o prestazioni sanitarie (*in regime pubblico*). I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte della Linea Sanitaria sono:

- dettagliata certificazione di un medico specialista di struttura pubblica che attesti il quadro clinico;
- relazione medica con l'indicazione delle prestazioni consigliate.

La Linea Sanitaria valuta 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. La Linea sanitaria valuterà la necessità di autorizzare le spese di locomozione e pernottamento anche per un eventuale accompagnatore (*due accompagnatori per soci di età inferiore ai 18 anni*).

3. Il contributo per le spese di locomozione è così determinato.

a. *Spese di locomozione per tragitti completi (andata e ritorno) superiori ai 100 chilometri*

La Linea Sanitaria valuta le condizioni fisiche del socio e la distanza da percorrere, individuando il mezzo pubblico o privato più idoneo. Le spese dovranno essere sempre documentate con:

- la certificazione da cui risulti la struttura sanitaria presso la quale sono state effettuate le prestazioni (*con il nome del Socio, la data e la località*);
- la dichiarazione del socio attestante il percorso effettuato e i relativi chilometri complessivi percorsi;
- i titoli di locomozione (*aereo, treno e così via*);
- le ricevute rilasciate dai gestori di distributori di carburante (*non è sufficiente la sola evidenza del pagamento*);
- le ricevute di pedaggio autostradale o fattura "Telepass" con l'indicazione del dettaglio dei viaggi.

Il contributo è pari al 75% delle spese documentate ed è riconosciuto secondo i seguenti criteri:

- biglietto per l'utilizzo del treno (*2° classe*) o dell'autobus di linea per tragitti inferiori ai 400 Km complessivi;

²⁴ L'art. 43 del Codice Civile definisce il concetto di residenza come il luogo dove ha persona ha la dimora abituale.

- biglietto per l'utilizzo aereo, del treno (*anche di 1° classe o Premium esclusi quindi i posti executive, business presenti nei treni "Freccia" o equivalenti*), dell'autobus di linea per tragitti superiori ai 400 Km complessivi.

In caso di utilizzo del mezzo proprio è 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". 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 locomozione 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.

Eventuali motivate richieste di contributo per percorsi inferiori ai 100 chilometri di tragitto completo sono valutate in accordo con il Consulente Sanitario Nazionale.

b. Spese di locomozione per tragitti completi inferiori a 100 chilometri

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, Assilt eroga un contributo come sopra indicato anche per tragitti inferiori ai 100 chilometri.

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.

4. Assilt eroga un contributo per le spese di pernottamento in relazione alle 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. in presenza di quadri clinici particolari in relazione alle caratteristiche del paziente e al contesto sanitario del territorio di residenza,

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 18 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 18 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 secondo quanto indicato all'articolo 16 e rilasciate regolarmente da strutture alberghiere, pensioni o affittacamere autorizzati anche se gestiti da ordini religiosi. Sono, inoltre, ammissibili pernottamenti prenotati attraverso portali *on line* come specificato al comma 6 dell'articolo 16.

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. E' ammessa una località limitrofa alla struttura sanitaria per il pernottamento dell'accompagnatore Non sono erogabili contributi per i pasti.

5.ASSILT 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 18esimo anno di età o portatori di disabilità;
- 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.

65

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 18. I contributi previsti sono indicati al comma 4.

Art. 67 - Sanzioni

1.L'inadempienza del Socio o del Beneficiario alle disposizioni Statutarie, a quelle contenute nel Testo Unico e nel Codice Etico del Welfare, nonché nei Regolamenti Associativi e alle delibere Consiliari o Assembleari può dar luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione al Socio dei seguenti provvedimenti:

- a) diffida scritta;
- b) sospensione dal diritto alle prestazioni da tre mesi a tre anni;
- c) esclusione dall'Associazione.

2.Le sanzioni sono adottate dal Consiglio di Amministrazione ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 5, lett. e) dello Statuto, fermo restando, in tema di esclusione, quanto stabilito dall'art. 14, comma 2, lett. f), dello Statuto stesso²⁵. Nessuna sanzione può essere adottata o proposta senza che sia stata contestata al Socio l'irregolarità dei comportamenti posti in essere e aver dato al Socio stesso la possibilità di fornire argomenti giustificativi.

²⁵ Gli artt. 14 e 15 dello Statuto definiscono le attribuzioni, rispettivamente, dell'Assemblea dei Rappresentanti e del Consiglio di Amministrazione.

3.L'adozione della sanzione dovrà essere motivata nella delibera dell'organo competente e comunicata al Socio per iscritto; nel caso dell'esclusione tale motivazione è quella posta a base della proposta di esclusione.

4.Nell'adozione della sanzione o nella determinazione della sua misura, il Consiglio - all'interno e nei limiti dei criteri di individuazione della misura, minima e massima, della sanzione legata alla correlazione economica fissata dagli articoli 68 - 70 - valuta i seguenti elementi:

- comportamento complessivo del Socio;
- la posizione occupata dal Socio nell'Associazione;
- concorso di più Soci nella realizzazione del fatto illecito;
- sanzioni applicate nei confronti del Socio per precedenti generici o specifici;
- continuità del comportamento illecito;
- le circostanze attenuanti o aggravanti; in tal senso ai soci che risultassero irregolari rispetto a quanto stabilito in merito ai requisiti di reddito dei beneficiari maggiorenni (*art. 3, comma 2*) è considerato di minore gravità il caso in cui il reddito accertato non è superiore al 20% del limite stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione, fermo restando quanto previsto all'art. 69, comma 2, secondo periodo.

5.L'applicazione delle sanzioni contenute nel presente articolo non fa venir meno l'obbligo contributivo da parte del Socio. 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.

6.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. Analogamente, Assilt si riserva la facoltà di agire in sede civile o costituirsi parte civile per il ristoro del danno o maggior danno subito.

7.Le fattispecie riportate negli articoli da 68 a 70 che seguono hanno carattere esemplificativo e non esaustivo, facendo salvo i principi dell'interpretazione estensiva e di quella analogica per quanto applicabili.

Art. 68 - Diffida

1.La diffida scritta è adottata per le mancanze di minor rilievo concernenti i casi di:

- fatturazione difforme rispetto alle prestazioni obiettivamente rilevate;
- inadempienza o irregolarità rispetto ai controlli dei requisiti di iscrizione dei Beneficiari.

2.Si applica pertanto la diffida qualora l'importo oggetto di difformità, inadempienza o irregolarità sia pari o inferiore a 100,00 euro.

3.Si applica altresì la diffida scritta per la prima inadempienza o irregolarità ai controlli di conformità degli originali dei documenti fiscali e sanitari inviati in copia; resta ferma in ogni caso l'improcedibilità della liquidazione del contributo.

Art. 69 - Sospensione

1. La sospensione è adottata per le mancanze di maggior rilievo concernenti i casi di cui al comma 1 dell'articolo che precede. Essa è correlata, nella misura, all'importo oggetto di difformità, inadempienza o irregolarità, ferma restando la valutazione degli elementi di cui al comma 4 dell'art. 67, secondo quanto di seguito indicato:

oltre 100,00 euro e fino a 500,00 euro	da tre mesi a 12 mesi;
oltre 500,00 euro e fino a 2.000,00 euro	da 13 mesi a 24 mesi;
oltre 2.000,00 euro e fino a 4.000,00 euro	da 25 mesi a 36 mesi.

2. Si applica altresì la sospensione di sei mesi nel caso di seconda inadempienza o irregolarità ai controlli di conformità degli originali dei documenti fiscali e sanitari inviati in copia; resta ferma in ogni caso l'improcedibilità della liquidazione del contribuente. Si applica infine la sospensione di 36 mesi nel caso di accertata insussistenza del requisito reddituale nei casi di prima iscrizione di un Beneficiario maggiorenne, indipendentemente dai contributi percepiti e, comunque fino a 4.000,00 euro; per importi superiori si applica l'art. 70; per il Beneficiario non è ammessa un'ulteriore possibilità di iscrizione.

3. La sospensione di cui al presente articolo decorre dalla data di efficacia di quella prevista dall'art. 8²⁶, ove disposta; in caso contrario decorre dalla data della Delibera del Consiglio di Amministrazione che ne ha disposto l'adozione. Durante il periodo di sospensione il Socio non ha diritto di percepire contributi dall'Associazione per prestazioni effettuate e fatturate nello stesso periodo.

Art. 70 - Esclusione

1. L'esclusione è adottata dall'Assemblea dei Rappresentanti per le violazioni che per la loro gravità non consentono la prosecuzione neanche provvisoria del rapporto associativo e, in particolare, nei casi di:

- contraffazione di documenti da parte del Socio;
- inadempimento alle previsioni di cui all'art. 7²⁷ che non consentono la realizzazione dei controlli ivi definiti;
- terza inadempienza o irregolarità ai controlli di conformità degli originali dei documenti fiscali e sanitari inviati in copia;
- per i casi di cui al primo e secondo alinea del comma 1 dell'art. 67 qualora l'importo oggetto di difformità, inadempienza o irregolarità sia superiore a 4.000,00 euro;
- mancato rimborso da parte del Socio destinatario di diffida o sospensione del contributo erogato dall'Associazione e risultato indebito;
- recidiva generica o specifica.

²⁶ L'art. 8 disciplina la Sospensione cautelativa.

²⁷ L'art. 7 concerne gli obblighi degli associati in tema di verifiche sanitarie e amministrative.

2.L'esclusione comporta l'inammissibilità della erogazione dei contributi per spese sanitarie effettuate e fatturate nel periodo della sospensione cautelativa e, in ogni caso, per quelle, in qualunque tempo presentate e non ancora liquidate.

3.Qualora l'Assemblea dei Rappresentanti non delibere l'esclusione del Socio proposta dal Consiglio di Amministrazione, si considera adottata la sanzione della sospensione per tre anni.

Art. 71 - Integrazione

1.Le richieste di contributo rifiutate in quanto carenti nella documentazione prevista dalla normativa possono essere completate, con istanza di integrazione, entro e non oltre 150 giorni dalla data della lettera di rigetto. L'integrazione ha luogo con le modalità indicate nella lettera di rifiuto.

Trascorsi i 150 giorni, le richieste rifiutate - se completate della documentazione carente - possono essere trasmesse nuovamente nel limite normativo del bimestre successivo all'anno solare nel quale sono state rilasciate (*art. 14 comma 7*).

2.Eventuali correzioni a rettifica di quanto indicato nella documentazione di spesa o nei piani di cura già liquidati potranno essere oggetto di istanza di integrazione o rettifica entro e non oltre 150 giorni dalla data della liquidazione; sono escluse da tale limite le documentazioni di spesa relative le prestazioni odontoiatriche eseguite su elementi dentali che risultano temporizzati, per le quali deve essere presentata, oltre alla certificazione che giustifichi la modifica, un idoneo supporto diagnostico che confermi quanto certificato.

Art. 72 – Riesame

1.Nel caso in cui la pratica sia stata rifiutata o liquidata in maniera non conforme al Testo Unico il Socio può presentare una richiesta di riesame al Delegato territorialmente competente entro 60 giorni dalla data di rigetto o di liquidazione. Il Delegato - nell'ambito del Collegio territoriale - definisce la richiesta di riesame con la Linea associativa competente. Nel caso non si raggiunga una decisione univoca fra Delegato e Linea associativa, il Delegato trasmette gli atti al Consiglio di Amministrazione per la definizione della questione. Il giudizio del Consiglio non è soggetto a gravame. Dell'esito del procedimento di riesame deve essere data comunicazione al Socio entro 90 giorni dalla data di ricezione dell'istanza.

2. Non sono ammesse richieste di riesame avverso le deliberazioni riguardanti le erogazioni straordinarie, nonché in materia di temporizzazione e spese logistiche.

Art. 73 – Ricorso

1.Per le questioni di carattere generale riguardanti i temi dell'adesione e della cessazione del rapporto associativo, della contribuzione e del diritto alle prestazioni può essere proposto dal Destinatario o dal Socio ricorso con Raccomandata A.R. al Consiglio di Amministrazione (*Sede legale*). Il Ricorso deve pervenire, a pena di irricevibilità, entro 60 giorni dalla data del rigetto della richiesta. Contro le deliberazioni del Consiglio non è ammesso ulteriore gravame.

2. Qualora nel corso del procedimento di cui all'art. 72 si evidenziassero gli estremi per il ricorso di cui al comma 1, il Delegato procede alla trasmissione degli atti al Consiglio di Amministrazione per le deliberazioni conseguenti.

Art. 74 - Visite di accertamento

1. Assilt, nei casi di accertamenti disposti dall'Associazione in merito alle prestazioni fruite dai Soci, concorre alle eventuali spese di locomozione sostenute dagli stessi, secondo modalità da indicarsi specificatamente dal Consiglio di Amministrazione.

Art. 75 - Ricerche, indagini conoscitive, interventi di prevenzione e di educazione sanitaria

1. Nell'ambito degli stanziamenti previsionali di bilancio saranno promosse iniziative per l'effettuazione di ricerche, indagini conoscitive ed interventi di prevenzione sanitaria di gruppo e individuali, nonché la promozione di iniziative di educazione sanitaria a tutela della salute ed integrità fisica dei Soci e Beneficiari.

2. 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.

3. Le eventuali spese sostenute dai Soci in occasione di partecipazione a tali iniziative di Medicina Preventiva, potranno essere rimborsate secondo modalità da indicarsi specificatamente.

69

Art. 76 - Infortuni e malattie causati da terzi

1. 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.

2. 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.

Art. 77 - Franchigia

1. 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 comunque di richiedere la relativa documentazione di spesa in originale.