

appunti

Periodico di informazione dell'Assilt

n° 3 3
2 0 2 2

Assilt

In questo numero:

TESTO UNICO ASSILT 2022

Nuove misure straordinarie

Comunicato Commissione Controlli

Avviso scadenza presentazione rimborsi data fattura 2021

ASSILT

ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI LAVORATORI DELLE AZIENDE DEL GRUPPO TELECOM ITALIA

N° 33/2022

Periodico di informazione dell'ASSILT
Autorizzazione n° 107/2003 del 17/03/2003 del
Tribunale di Roma

PROPRIETÀ ASSILT - Sede Sociale: Via L. Bellotti
Bon, 14 00197 Roma

DIRETTORE RESPONSABILE: Pierpaolo Tartabini

REDAZIONE C/O ASSILT - Via L. Bellotti Bon, 14
00197 Roma - Tel. 0680211400 - Fax.

0680211250 - E-mail: appunti@assilt.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Massimo Isotti e
Anna Bellacomo

COMITATO DI REDAZIONE: Pierpaolo Tartabini,
Filippo Antilici De Martini, Adolfo Granito,
Massimo PellICCIA, Rosangela Petraglia e
Marco Pini

GRAFICA

FlouLab.it

STAMPA

LEADERFORM SpA

Finito di Stampare Febbraio 2022

Cari soci, "quando pensi di avere tutte le risposte, la vita ti cambia tutte le domande" diceva Charlie Brown in una celebre vignetta.

Già, stiamo vivendo in un periodo che ha sconvolto tutte le nostre certezze senza ancora permetterci di vedere il fondo del tunnel: quando ci illudiamo di esser vicini alla fine arriva una nuova variante, come quella dominante mentre scrivo che un

mese fa nemmeno esisteva. Cosa ci aspetta per il prossimo futuro, con questa velocità? Non lo sappiamo, ma certo è - come dice qualcuno per sdrammatizzare - che "il covid 19 è il prodotto importato dalla Cina che dura di più"...

Tornando seri, come il tema purtroppo impone, è la globalizzazione a produrre questa duratura persistenza della pandemia con tutte le sue numerose varianti, poiché se non debelliamo il virus in tutto il mondo -ma proprio tutto, compresi i paesi più poveri- saremo sempre soggetti a nuovi rischi.



Come Assilt abbiamo cercato di far fronte con tempestività a questi mutamenti continui, sia adeguando più volte le nostre norme alle contingenze di periodo (tamponi, semplificazione delle regole di rimborso per tener conto della più complessa accessibilità al medico di base, ecc), sia mettendo in campo strumenti di supporto per i malati post-covid.

Questi ultimi sono oggi coloro i quali hanno vissuto il covid "prima ondata", magari in ospedale curati da medici e infermieri senza identità perché col volto coperto dalla mascherina: finita la malattia tanti hanno manifestato debolezze, disorientamenti e talvolta patologie postume. Per loro ci siamo impegnati ad assicurare un riferimento sanitario Assilt, nel senso che qualcuno di noi se ne è preso personalmente cura. E proseguiremo con impegno e velocità in questa direzione, attenti agli sviluppi della pandemia e pronti a supportare i nostri soci sia ad affrontarla come meglio si può, sia a prevenire e contrastare le altre patologie, che nel frattempo non sono andate in vacanza. Così, consapevoli delle difficoltà del sistema sanitario nazionale -tutto impegnato sulla gestione della pandemia- abbiamo aperto a strutture alternative di cura, anche private, come mai avevamo fatto prima. E in questo quadro si colloca anche la campagna di medicina preventiva che abbiamo avviato nel 2021 contro le apnee notturne. E' questa una patologia subdola e diffusa, fonte di potenziali criticità che vanno dalla stanchezza diurna e dall'addormentamento in ogni dove (anche alla guida dell'auto) sino a ben peggiori patologie. Al riguardo abbiamo avviato una campagna rivolta i soci a rischio, prima identificando il livello di effettiva criticità e poi misurando loro con appositi strumenti le caratteristiche e le dimensioni della patologia. La quale, una volta diagnosticata al meglio, diventa spesso facile da gestire con terapie ordinarie capaci di prevenire le complicazioni più pericolose. La campagna è attualmente nel suo pieno svolgimento e sarà completata entro l'anno. I nostri interventi sono sempre guidati dallo staff medico dell'associazione e gestiti dalle assistenti sanitarie, che rappresentano il nostro vero valore distintivo rispetto a qualsiasi altro ente di welfare di natura prettamente assicurativa: a loro va il nostro particolare ringraziamento, perché sono stati e sono i comuni punti di riferimento - nostri e vostri- che ci permettono di muoverci sempre sulla base delle più aggiornate dinamiche scientifiche e dell'ascolto attivo di Voi soci. Resta comunque fondamentale - oggi più che mai - il Vostro contributo diretto, che tramite i nostri delegati territoriali o direttamente con noi siete sempre invitati a rappresentare con esigenze, idee e proposte.

Siamo infatti consapevoli che le iniziative messe in campo andranno sempre riorientate alla luce delle dinamiche della pandemia, e su questo una certezza ce l'abbiamo: faremo del nostro meglio per esserVi sempre accanto nell'attraversare questo difficile periodo, prendendoci cura di ciascuno di voi e delle vostre esigenze per come si evolveranno.

Il Vice Presidente
Filippo Antilici De Martini

INDICE

DALL'INTERNO

6	11	12	13
2021 - LE NOVITA' DELL'ANNO	Nuove misure straordinarie	Comunicato Commissione Controlli	Avviso scadenza presentazione rimborsi data fattura 2021

TESTO UNICO ASSILT 2022

14

Titolo 1 – Dell'adesione all'Associazione

Art. 1 - Oggetto del Testo Unico Assilt	Pag.14
Art. 2 - Destinatari, Soci	Pag.14
Art. 3 – Beneficiari	Pag.14
Art. 4 - Adesione	Pag.16
Art. 5 - Contribuzione	Pag.16
Art. 6 - Diritto alle prestazioni	Pag.16
Art. 7 - Verifiche sanitarie e amministrative	Pag.17
Art. 8 - Sospensione cautelativa diritto alle prestazioni	Pag.18
Art. 9 - Cessazione del rapporto associativo	Pag.18
Art.10 - Sospensione e interruzione del rapporto di lavoro	Pag.19
Art.11 - Nuova adesione	Pag.19
Art.12 - Tardiva Iscrizione	Pag.19

Titolo 2 – Prestazioni Sanitarie

Art. 13 - Norme generali	Pag.20
Art. 14 - Contributo alla spesa sanitaria	Pag.20
Art. 15 - Temporizzazioni e massimale	Pag.22
Art. 16 - Documentazione sanitaria e fiscale	Pag.22
Art. 17 - Trasmissione delle richieste di contributo	Pag.24
Art. 18 - Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale	Pag.24
Art. 19 - Odontoiatria e Ortodonzia - Norme Generali	Pag.25
Art. 20 - Odontoiatria e Ortodonzia - Anticipi e Prestiti	Pag.25
Art. 21 - Odontoiatria - Condizioni di erogazione dei contributi	Pag.26
Art. 22 - Ortodonzia - Condizioni e modalità di erogazione dei contributi	Pag.28
Art. 23 - Cure odontoiatriche e Terapie ortodontiche eseguite in ambito pubblico	Pag.30
Art. 24 - Oculistica - Occhiali da vista	Pag.30
Art. 25 - Oculistica - Occhiali da vista - Limiti e Temporizzazione	Pag.31
Art. 26 - Oculistica - Lenti a contatto	Pag.32
Art. 27 - Oculistica – Lenti a contatto - Limiti e Temporizzazione	Pag.32

Art. 28 - Protesi e presidi sanitari	Pag.32
Art. 29 - Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici	Pag.35
Art. 30 - Esami di laboratorio	Pag.41
Art. 31 - Farmaci	Pag.42
Art. 32 - Ticket sanitari	Pag.43
Art. 33 - Terapia infiltrativa, iniettiva, agopuntura e nucleolisi	Pag.44
Art. 34 - Visite specialistiche, visite dei professionisti della terapia psicologica, consulenze nutrizionistiche	Pag.45
Art. 35 - Fecondazione assistita in regime privato	Pag.47
Art. 36 - Terapie fisiche, logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale	Pag.48
Art. 37 - Ostetricia	Pag.49
Art. 38 - Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione	Pag.50
Art. 39 - Psicoterapia	Pag.50
Art. 40 - Assistenza sanitaria domiciliare o ospedaliera	Pag.51
Art. 41 - Ricoveri post-acuti e cronici	Pag.52
Art. 42 - Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità	Pag.53
Art. 43 - Visita medica specialistica di Alta Consulenza	Pag.55
Art. 44 - Visite mediche specialistiche ulteriori	Pag.55
Art. 45 - Interventi chirurgici di Alta qualifica	Pag.56
Art. 46 - Terapie oncologiche	Pag.56
Art. 47 - Disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi comportamentali	Pag.57
Art. 48 - Gravi patologie Oro-dentali	Pag.57
Art. 49 - Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro	Pag.57
Art. 50 - Chirurgia maxillo-facciale	Pag.58
Art. 51 - Trattamenti ortodontici pre-protesi; nuovi periodi di cura ortodontica	Pag.58
Art. 52 - Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario	Pag.59
Art. 53 - Riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco	Pag.59
Art. 54 - Alimenti specifici per gravi patologie	Pag.60
Art. 55 - Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori	Pag.61
Art. 56 - Terapia Fisica – Casi di particolare interesse sanitario	Pag.62
Art. 57 - Erogazioni straordinarie	Pag.63
Art. 58 - Trasporto in autoambulanza	Pag.64
Art. 60 - Interventi chirurgici generici in regime privato	Pag.64
Art. 61 - Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato	Pag.65
Art. 62 - Chirurgia Oculistica in regime privato	Pag.65
Art. 63 - Ausili per incontinenza	Pag.66
Art. 65 - Misuratore Glicemico	Pag.66

Titolo 3 - Altre disposizioni

Art. 66 - Spese logistiche	Pag.67
Art. 67 - Sanzioni	Pag.69
Art. 68 - Diffida	Pag.70
Art. 69 - Sospensione	Pag.71
Art. 70 - Esclusione	Pag.71
Art. 71 - Integrazione	Pag.71
Art. 72 - Riesame	Pag.72
Art. 73 - Ricorso	Pag.72
Art. 74 - Visite di accertamento	Pag.72
Art. 75 - Ricerche, indagini conoscitive, interventi di prevenzione e di educazione sanitaria	Pag.72
Art. 76 - Infortuni e malattie causati da terzi	Pag.73
Art. 77 - Franchigia	Pag.73

DOCUMENTI

74	85	96
Allegato A Tariffe massime erogabili per le prestazioni odontoiatriche	Allegato B Prontuario Farmaceutico Integrativo ASSILT	Allegato C Classi Interventi chirurgici in regime privato

MODELLI

97	103
Modello Odontoiatrico 2022	Modello Ortodontico 2022

In allegato alla rivista appunti

Vademecum 2022

Salute *in* +linea

Limiti e modalità per richiedere i contributi di alcune tipologie di prestazioni sanitarie	Rubrica di articoli scientifico-divulgativi, selezionati dal portale assilt.it
--	--

◆ DALL'INTERNO

2021- LE NOVITA' DELL'ANNO

Vi proponiamo le principali notizie ed iniziative svolte nel corso del 2021 pubblicate sul sito associativo <http://www.assilt.it>

2 DICEMBRE 2021

Servizio di Consulenza Post-Covid



Gli ultimi due anni, come ormai tutti sappiamo, sono stati segnati da una emergenza sanitaria legata alla diffusione di un nuovo ceppo di coronavirus e Covid-19 è il nome dato alla malattia associata al virus.

Con il termine Sindrome Post Covid-19 viene indicato l'insieme dei disturbi e delle manifestazioni cliniche che persistono dopo l'infezione.

Considerata l'importanza di tale sindrome, l'Assilt ha realizzato un servizio di Consulenza Post Covid-19, rivolta ai propri associati che hanno contratto l'infezione da Covid-19 e che continuavano a riscontrare la persistenza di conseguenze più o meno debilitanti, avvalendosi delle professionalità delle Assistenti Sanitarie e dei Consulenti Sanitari per fornire un supporto di qualità ai Soci, in termini di ascolto ed indirizzo, affrontare con i Soci aspetti di carattere sanitario, orientare eventuali richieste di supporto psicologico ed aiutare i soci a fruire delle prestazioni previste dall'Associazione.

Considerata la forte diminuzione delle richieste di consulenze Post Covid, in relazione alla situazione attuale meno critica rispetto ai mesi scorsi, il servizio di consulenza fornito dalla Linea Sanitaria viene integrato nelle attività ordinarie e garantito durante il normale orario di lavoro attraverso i consueti canali messi a disposizione dall'Associazione.

10 NOVEMBRE 2021

Campagna Oculistica, TIM e ASSILT di nuovo insieme



TIM e ASSILT continuano la loro collaborazione per la promozione di iniziative a favore degli associati.

In considerazione del fatto che il periodo pandemico ha incrementato il tempo di utilizzo dei dispositivi telematici, dal 28 ottobre 2021 inizierà una Campagna Oculistica cui potranno aderire tutti i Soci dipendenti di Aziende iscritte all'Associazione, sia quelle del Gruppo Tim che non, che durerà fino al 30 aprile 2022.

Le persone interessate potranno effettuare una visita oculistica presso strutture specialistiche a loro scelta, sia pubbliche che private, per la quale verrà riconosciuto uno specifico contributo.

Infatti, il rimborso per la sola visita oculistica eseguita nel periodo sopra indicato sarà del 100% della spesa sostenuta fino ad un massimo di € 100,00.

L'iniziativa NON è rivolta ai Soci pensionati ed ai componenti il nucleo familiare degli associati aderenti ad Assilt (c. d. Beneficiari).

Gli eventuali esami diagnostici eseguiti nel corso della visita stessa così come l'eventuale necessità di acquisto di nuove protesi oculistiche o lenti a contatto, verranno invece gestiti secondo le previsioni del vigente Testo Unico Assilt (artt. 25, 27 e 29).

Maggiori informazioni:



9 NOVEMBRE 2021

La nostra Storia



La raggiunta tappa dei 40 anni di attività, ci ha suggerito di ripercorrere il cammino fino ad oggi fatto ed a raccontarlo, sia attraverso le testimonianze dei protagonisti di ieri e di oggi, ma soprattutto con il Vostro aiuto, i veri artefici di questa esperienza di successo!

La pandemia ha limitato la nostra possibilità di azione impedendoci di celebrare l'evento in una maniera più appropriata ma non è riuscita ad annullare la volontà di dare evidenza a questo importantissimo momento della vita di Assilt.

Visitando il sito <https://lanostrastoria.assilt.it> avrai la possibilità di rivivere quanto fatto durante questo percorso e visionare le testimonianze ricevute.

16 LUGLIO 2021

Sonnoamico. Dormi bene, Vivi meglio



RIPRENDIAMO A SOGNARE!
RIPARTONO LE CAMPAGNE DI PREVENZIONE ASSILT

ASSILT riprende da oggi le attività di prevenzione dando avvio ad una campagna incentrata sulle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS – Obstructive Sleep Apnea Syndrome).

È un momento di particolare rilevanza considerato che, dopo alcuni anni, l'Associazione ricomincia a percorrere la strada della prevenzione, già tracciata dalle previsioni statutarie.

Le OSAS sono delle interruzioni involontarie e ripetute della respirazione che si verificano durante il sonno, che possono avere ripercussioni sulla salute, soprattutto negli uomini e nelle donne in età matura, vista la loro possibile incidenza nelle patologie cardiovascolari, cerebrali e metaboliche.

L'iniziativa è stata ideata con la collaborazione dell'Associazione Apnoici Italiani e verrà realizzata con il supporto di SiSalute, Società del Gruppo Assicurativo Unipol.



L'indagine è rivolta ai Soci e loro Beneficiari iscritti, siano essi uomini tra i 30 e i 70 anni e/o donne tra i 50 e i 70 anni, e prevede una prima fase di screening per il tramite di uno specifico questionario dalla quale emergeranno le situazioni che avranno necessità di essere approfondite attraverso un esame poligrafico che verrà eseguito presso il domicilio delle persone interessate.

14 LUGLIO 2021

Evoluzione Numero Verde Nazionale



AssiltTiChiama - Riscontro via mail o telefonicamente prevalentemente da prefissi 081, 06, 085, 02 entro 3 giorni lavorativi.



Prenotazione telefonica - Contatto senza i vincoli temporali degli orari di linea - riscontro telefonico entro 3 giorni lavorativi, prevalentemente dai seguenti prefissi: 081, 06, 085, 02.

Servizio di linea diretta - Soci, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 - Soci pensionati anche martedì e giovedì dalle ore 14.30 alle ore 16.00, per esigenze immediate da riscontrare velocemente attraverso il contatto diretto con un operatore.



Assilt continua il suo percorso per offrire ai suoi aderenti sempre più mezzi e alternative per rendere più agevole il contatto con l'Associazione, soprattutto in un momento in cui le distanze sembrano incolmabili.

Recentemente abbiamo ampliato le possibilità di contatto con l'Associazione e le nuove modalità sono state accolte con interesse e consenso, portando a gestire positivamente oltre 10.000 contatti nel mese di febbraio.

Nell'ottica però di un continuo miglioramento, dal prossimo lunedì 22 marzo il servizio al numero verde 800462462 sarà ulteriormente implementato, prevedendo anche in orario di linea la possibilità di Prenotazione telefonica in alternativa al contatto diretto con l'operatore e in un eventuale caso di dissuasione.

Le nuove funzionalità mirano ad estendere ancora la raggiungibilità dei servizi, sfruttando al meglio l'opportunità offerta dalla opzione di Prenotazione Telefonica.

L'insieme dei servizi utilizzabili per ricevere assistenza è ora mirato, veloce e alternativo!

◆ DALL'INTERNO

NUOVE MISURE STRAORDINARIE

Misure straordinarie di contrasto alla diffusione pandemica

Il Consiglio di Amministrazione, valutata l'attuale situazione sanitaria, ha definito nuovi interventi diretti a proseguire nell'azione di contenimento delle difficoltà dei Soci e loro Beneficiari derivanti dalla pandemia da COVID-19.

Le azioni deliberate sono:

A favore di tutti i soci, saranno erogati contributi per i tamponi antigenici e molecolari anche se privi della prevista prescrizione medica. Il contributo viene innalzato dal 65% al 90% della spesa sostenuta entro il plafond massimo erogabile dal 1° gennaio 2022 di 350 euro. La data di validità di tali modifiche decorre dal 1/1/2022 fino al 30/4/2022 (Articolo 78 Quinquies);

A favore dei soci pensionati, non si applica il previsto interesse di mora per quanti dovessero pagare la prima (o unica) quota associativa dell'anno 2022 oltre il termine del 15 gennaio e comunque non oltre il 28 febbraio 2022.

Per i portatori di disabilità, si proroga di 12 mesi la data di validità indicata nella certificazione rilasciata dagli organi competenti.

Di seguito il nuovo articolo del TUA che verrà posto all'approvazione della prossima Assemblea dei Rappresentanti:

Articolo 78 Quinquies - Disposizione temporanea – Emergenza Sanitaria

1

In via straordinaria il Consiglio di Amministrazione il giorno 10 febbraio 2022 ha deliberato la modalità di riconoscimento dei contributi per i tamponi molecolari, i tamponi antigenici a favore di tutti gli iscritti, con validità a decorrere dal 1° gennaio 2022 e fino al 30 aprile 2022.

2

Sono erogabili contributi per i tamponi antigenici e i tamponi molecolari senza presentazione della prescrizione medica.

3

Il contributo per ogni esame è pari al 90% della spesa sostenuta entro il plafond massimo previsto di 350 euro ogni 12 mesi di cui al comma 1 dell'articolo 30, per un massimo di 2 esami di ogni tipologia ogni mese di cui al comma 5 dello stesso articolo.

4

I tamponi antigenici e i tamponi molecolari possono essere eseguiti presso strutture sanitarie o, nel caso dei tamponi antigenici, anche presso le farmacie.

5

Per i test antigenici eseguiti autonomamente dal socio (test fai da te con prelievo nasale o salivare) non sono erogabili contributi.

◆ DALL'INTERNO

COMUNICATO COMMISSIONE CONTROLLI

Il sistema delle verifiche dell'Associazione

Come noto il nostro Statuto prevede, quale fine primario, quello di erogare a favore degli Associati prestazioni integrative a quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'erogazione di tali prestazioni impone da parte di Assilt anche la costruzione di un sistema di verifiche delle stesse con lo scopo di salvaguardare il patrimonio e tutelare quindi le sue Socie ed i suoi Soci.

Le principali attività di verifica sono focalizzate sulle prestazioni odontoiatriche (che rappresentano il 43,3 % delle erogazioni eseguite dall'Associazione) e sull'analisi reddituale dei cd "Beneficiari" in relazione ai limiti definiti dal vigente Testo Unico Assilt (TUA) in considerazione del fatto che la loro adesione all'Associazione è consentita senza alcun surplus contributivo da parte dell'iscritto principale.

Tali attività cui si accompagnano le consuete verifiche di conformità documentale/amministrativa delle pratiche presentate dagli Associati, vengono eseguite con continuità fermo restando che, a causa della pandemia da Covid-19 e delle conseguenti limitazioni previste per contenere i contagi, negli ultimi due anni si sono registrate delle difficoltà esecutive soprattutto sul versante dei controlli odontoiatrici che si eseguono con delle visite in presenza che il nostro Consulente Nazionale per le Verifiche Odontoiatriche effettua sul territorio nazionale presso studi dentistici attrezzati.

In linea con quanto sopra descritto, dalle verifiche che l'Associazione esegue, sono emerse prestazioni non conformi che l'Assilt gestisce sempre in coerenza con le specifiche previsioni del vigente TUA anche sul piano sanzionatorio.

I riscontri non conformi, se da un lato risultano dolenti nell'applicazione di azioni sanzionatorie, dall'altro confermano l'efficacia delle attività di controllo, suggerendo di proseguire nella loro applicazione e nella loro evoluzione.

Nella tabella di seguito riportata sono riepilogati i risultati emersi dal sistema delle verifiche dell'Associazione nel periodo **2018 – 2021**.

Verifiche sanitarie e amministrative			
TIPO VERIFICHE	QUANTITA'	CONFORMI	NON CONFORMI
Verifiche sanitarie odontoiatriche	586	570	16
Verifiche sanitarie oculistiche	120	12	108
Verifiche amministrative reddituali	317	309	8
TOTALE	1.023	891	132

La Commissione Controlli e Pratiche rifiutate

◆ DALL'INTERNO

AVVISO SCADENZA PRESENTAZIONE RIMBORSI DATA FATTURA 2021

Termine per l'invio della documentazione di spesa 2021



Anche quest'anno è arrivato il mese di febbraio che, come tutti sappiamo, rappresenta l'ultimo mese utile per presentare le richieste di rimborso per le prestazioni sanitarie eseguite nell'anno precedente.

Ricordiamo a tutti i soci che, secondo quanto indicato all'articolo 14 comma 7 del Testo Unico ASSILT, il 28 febbraio 2022 è il termine entro il quale poter richiedere contributi per documentazione di spesa datata anno 2021, fatte salve le ricevute di acconto che possono essere utilizzate solo per richiedere il relativo contributo soltanto con la fattura a saldo delle cure ricevute.

Maggiori informazioni:



TESTO UNICO ASSILT

IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2022

Consiglio di Amministrazione del 17 novembre 2021

Assemblea dei Rappresentanti del 24 novembre 2021

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.

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 - non aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da altri Enti o forme assicurative - 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]:
 - 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;
- 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

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.
9. I Soci di cui alle lett. b) e g) dell'art. 3 dello Statuto che siano cessati dal servizio entro il 31 dicembre 2021 e che, nei sei mesi successivi alla risoluzione del rapporto di lavoro maturino il diritto alla decorrenza del trattamento pensionistico previsto dalla legge n. 26/2019 (c.d. "pensione anticipata quota 100"), mantengono il diritto ad iscriversi in continuità.

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.

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.
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.

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

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:
 - 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".

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

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 e vaccini
 - ticket sanitari
 - terapia infiltrativa, iniettiva, agopuntura e nucleolisi
 - visite specialistiche, visite dei professionisti della terapia psicologica,
 - consulenze nutrizionistiche
 - fecondazione assistita in regime privato
 - terapie fisiche, logopedia, training disfasia, discalculia, dislessia, terapia mio-funzionale
 - 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-protetici, 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 respirazione assistita, apparecchi nebulizzatori e ossigenoterapia iperbarica
 - terapia fisica – casi di particolare interesse sanitario
 - erogazioni straordinarie
 - trasporto in autoambulanza
 - interventi chirurgici in regime privato
 - interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato
 - chirurgia oculistica in regime privato
 - ausili per incontinenza
 - 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. Il contributo viene erogato senza tenere conto dell'importo pagato per l'imposta di bollo.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

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 e di numero di prestazioni 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.
La prescrizione medica deve essere allegata alla relativa documentazione di spesa, laddove prevista, e non può essere utilizzata per più di una volta per richiedere contributi per la stessa prestazione, fatti salvi i casi previsti dalla legge.
La validità della prescrizione medica è specificatamente indicata in questo testo normativo.

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.
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
 - 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, torica, multifocali, monouso);

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".

- 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.

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, nel Regno Unito, 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.
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;
 - per documentazione di spesa con un importo totale superiore ai 200 euro da una traduzione giurata se redatta in altre lingue.

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

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

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.
Sono erogabili contributi per prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici, fluoro-profilassi, sigillatura dei solchi effettuate e fatturate da igienisti dentali iscritti allo specifico Albo professionale.
3. La ricevuta di spesa deve essere emessa:
 - dal medico odontoiatra che ha effettuato la terapia;
 - dallo Studio Associato odontoiatrico o Associazione Professionale dentistica, da cui si rilevi il nominativo del medico odontoiatra o del Direttore Sanitario. Si potrà procedere alla lavorazione della richiesta di contributo esclusivamente se risultano iscritti 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.
Conclusi i lavori, se non fosse possibile presentare un documento "a saldo", in quanto la fattura emessa a inizio cura è relativa al piano terapeutico definitivo, è possibile corredare tale fattura con una dichiarazione del dentista curante che attesti la data effettiva in cui si sono conclusi i lavori e che tutte le prestazioni realizzate corrispondono a quanto fatturato.
Anche in questo caso la richiesta del contributo può essere presentata solo al termine della terapia stessa. Assilt per questi casi - anche preliminarmente all'erogazione dei relativi contributi - può disporre accertamenti odontoiatrici volte a verificare la corrispondenza tra le cure eseguite e quelle fatturate e dichiarate dal dentista curante.
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
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).
- Per le prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici e legature dentali, Assilt non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non trascorsi 12 mesi dalla precedente contribuzione.
- Le prestazioni di ablazione tartaro e levigatura delle radici e/o curettage gengivale sono alternative tra loro nello stesso piano di cura.
- Le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura.

D. Denti soprannumerari

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

⁹ L'art. 48 si riferisce alle "Gravi patologie oro-dentali".

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 ortopanoramica) 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 sottoindicate.
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 2a e 3a classe, è necessario allegare alla documentazione di spesa relativa il primo anno di cura, copia del tracciato ed analisi cefalometrica.
 - per la 2a e 3a classe in assenza della copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica sarà riconosciuto un contributo minore (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 oppure on line (articolo 16 comma 7) con l'indicazione del tipo di protesi acquistata: lenti da vicino, da lontano (con o senza correzione 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; 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).

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

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)

- Montatura e lenti (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 (lontano, vicino, office con lente neutra per lontano) per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro. 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;
 Oppure, 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).

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.

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:
 - 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), dalla documentazione si deve poter evincere che sono state acquistate lenti correttive;
 - copia della confezione delle lenti a contatto da cui evincere la data di scadenza e il numero del lotto. In alternativa una dichiarazione redatta dall'ottico da cui evincere le stesse informazioni sopra indicate.
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.

¹³ L'art. 15 regola le temporizzazioni, i massimali e i plafond.

4. In caso di patologie croniche certificate da una struttura pubblica la prescrizione del medico specialista non ha un limite di validità.

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.
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, cardiologia, 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, per prolasso uterino, per palatoschisi] e ortesi ortocranica per la plagiocefalia 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 o fatturati da un tecnico ortopedico. Il collare munito di marchio CEE può essere acquistato anche in Farmacia.
2. La prescrizione, valida per 12 mesi, è redatta da un medico specialista in chirurgia generale, ortopedia, fisioterapia, neurochirurgia, oncologia e reumatologia.
3. Il contributo per apparecchi ortopedici per arti e collo 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).
4. Il contributo per l'apparecchio per il tronco è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 500,00 euro per ogni fattura (massimo 1 fornitura ogni 24 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, presso centri specializzati o tecnico audioprotesista, 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 dei componenti dell'apparecchio acustico, il contributo è pari 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per apparecchio acustico (senza limiti temporali).
5. F. Presidi per la deambulazione
6. 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.
7. La prescrizione, che ha validità 12 mesi, è redatta da un medico specialista in fisioterapia, neurologia, neurochirurgia, ortopedia, geriatria e reumatologia.
8. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro per ogni fattura (ogni 12 mesi – temporizzazione mobile - cfr.art.15).
9. Nell'arco dei 12 mesi il contributo è riconosciuto per l'acquisto o il noleggio di massimo 2 presidi per la deambulazione di diversa tipologia (carrozzina e stampelle; carrozzina e deambulatore; deambulatore e stampelle).

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, primitiva o areata - 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

2. Si intendono presidi anti-acaro il copricuscino, il coprimaterasso e il copripiumino acquistati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.
3. La patologia allergica deve essere in ogni caso certificata da una struttura pubblica o accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.
4. 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.
5. 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 Assili 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.
9. Sono erogabili contributi per le asportazioni e le terapie dermatologiche con e senza esame istologico secondo quanto indicato nella tabella C.
È indispensabile la prescrizione medica da allegare ad ogni ricevuta di spesa con l'indicazione della diagnosi e del trattamento consigliato.

Per l'esame istologico, se fatturato separatamente e non incluso nel costo della prestazione dermatologica, è erogabile il contributo indicato nella tabella C.

Non è necessario presentare la copia dell'esame istologico se dalla documentazione di spesa presentata al fine del rimborso è rilevabile che tale esame è stato eseguito.

TABELLA C - OCCHIALI DA VISTA

Per alcune prestazioni indicate nella presente tabella C i contributi sono concessi con un limite massimo di erogazione ogni 12 mesi (temporizzazione mobile cfr. Art.15).

In caso di particolari esigenze opportunamente documentate per le ecografie, le radiografie, le risonanze magnetiche, l'esame doppler, la tomografia computerizzata e l'OCT in oculistica, la Linea Sanitaria valuterà la possibilità di autorizzare l'effettuazione di ulteriori prestazioni oltre i limiti individuati.

Accertamenti diagnostici

- Montatura e lenti (lontano, permanenza, vicino, office con lente neutra per lontano). Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di 175,00 euro
- 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)
- Audiometria (qualsiasi tecnica) anche fatturata da Tecnico Audiometrista. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- 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
- Doppler, Color doppler, Ecocolordoppler (qualsiasi tecnica e distretto - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro a prestazione

- ECG ambulatoriale anche eseguito in Farmacia. 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 anche eseguito in Farmacia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- Ecocardiografia doppler - Flussimetria Doppler (massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 90,00 euro per ogni esame
- 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) anche fatturata da Tecnico di neurofisiopatologia. Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 70,00 euro a fattura
- Ecografia (qualsiasi zona, distretto, organo - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 110,00 euro per ogni esame
- Ecografia addome completo (massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 140,00 euro per ogni esame
- 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
- Elettroencefalogramma (qualsiasi tecnica) anche fatturato da Tecnico di Neurofisiopatologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni fattura
- Elettromiografia in neurologia (qualsiasi tecnica) anche fatturata da Tecnico di neurofisiopatologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 90,00 euro per ogni fattura
- Elettroretinogramma in oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni fattura
- Endoscopia con o senza biopsia (tutte le tipologie e tutti i distretti - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni prestazione.
- 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 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 urodinamico invasivo in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro a fattura
- 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
- Fotografia del fondo oculare – Conta endoteliale (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 – Holter anche eseguito in Farmacia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 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
- Oscillometria in cardiologia (qualsiasi tecnica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 30,00 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
- Radiografia qualsiasi distretto (Rx, ortopantomica, stratigrafia, xerostratigrafia, dentoscan, Cone Beam Tac, isterosalpingografia - massimo 3 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro a prestazione
- 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 (massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro a prestazione
- RMN altri distretti con o senza mezzo di contrasto (massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 450,00 euro a prestazione
- 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/cardiaca (qualsiasi tecnica) anche eseguita in Farmacia. 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

- TC (qualsiasi distretto, inclusi esami detti virtuali - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro per ogni esame
- TC Total Body (qualsiasi distretto). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 600,00 euro a 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 (massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro a prestazione
- Tonometria eseguita al di fuori della visita in oculistica. Contributo del 65% fino ad un massimo di 50,00 euro per ogni fattura
- Topografia corneale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni fattura
- Uroflussometria in urologia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro a fattura
- Valutazione delle mutazioni delle neoplasie per definizione piano terapeutico immunologico con inibitori delle tirosinasi. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 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 incluso esame Schermo di Hess-Lancaster (eseguita da medico specialista oppure da Tecnico ortottista). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 60,00 euro per ogni fattura

Prestazioni specialistiche

- Agobiopsia mammaria stereotassica – Mammotone. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 1.500,00 euro (tutto incluso – massimo 1 agobiopsia ogni 12 mesi).
- 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 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
- Asportazione e terapia dermatologica senza esame istologico (qualsiasi tecnica – escluse prestazioni estetiche). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni asportazione (massimo di 2 asportazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15)
- Asportazione dermatologica con esame istologico (qualsiasi tecnica – escluse prestazioni estetiche). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni asportazione (massimo di 3 asportazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15)

- 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)
- 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 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 massimo di 40,00 euro per ogni seduta
- 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 massimo di 500,00 euro per ogni seduta
- Interventi di legatura, rimozione, curettage, incisione, irrigazioni, specillazione, sutura (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 massimo di 100,00 euro per irrigazione ogni fattura
- Lavaggio bursale eco guidato delle articolazioni per calcificazioni ossee in ortopedia. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a prestazione (massimo 2 lavaggi ogni 12 mesi – temporizzazione mobile – cfr. art.15)
- Litotrixxia per ostruzione dotti ghiandole salivari. Contributo del 65% della spesa fino a massimo di 50,00 euro (per seduta con un massimo di 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15).
- Litotrixxia 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 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
- Rimozione catetere, lavaggio vescicale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro a fattura

- Terapie ad onde d'urto e terapia infiltrativa prescritte e fatturate da medico specialista in Andrologia, Urologia, Endocrinologia per induratio penis plastica o Sindrome di La Peyronie. Contributo pari al 60% della spesa sostenuta nel limite di 500,00 euro (per l'intero ciclo di cura – tutto incluso)

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 50,00 euro a fattura

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

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 non può essere utilizzata per più di una volta per richiedere contributi per la stessa prestazione, fatti salvi i casi previsti dalla legge - 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.
5. Per i tamponi antigenici, tamponi molecolari, test sierologici sono erogabili contributi pari al 65% della spesa sostenuta entro il plafond massimo indicato al comma 1 e per massimo di 2 esami di ogni tipologia al mese con presentazione della prescrizione medica (validità 12 mesi e non può essere utilizzata per più ricevute di

spesa).

La prescrizione medica non è richiesta nel caso in cui il tampone (antigenico o molecolare) sia necessario per eseguire un esame diagnostico o un intervento chirurgico.

I tamponi molecolari, i tamponi antigenici e i test sierologici possono essere eseguiti presso strutture sanitarie o, nel caso dei tamponi antigenici, anche presso le farmacie.

TABELLA D - ELENCO ESAMI GENETICI PREVISTI

- Analisi di mutazione del DNA con PCR e ibridazione con sonde
- Cromatina Sessuale, Cariotipo su sangue periferico (Mappa cromosomica), FISH con altre sonde, FISH su liquido seminal.
- 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, alfa1 antitripsina, 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 e Vaccini

1. Il Prontuario Assili (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. 16). 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.
7. Per l'acquisto e la somministrazione di preparati a base di cannabis è erogabile un contributo complessivo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 250,00 euro ogni 12 mesi (plafond - cfr. art. 15). Il contributo è ammesso solo per i Soci e Beneficiari con una patologia certificata dalla struttura pubblica con la specifica indicazione all'uso di tali preparati a scopo terapeutico (della validità di 12 mesi).
8. Per le vaccinazioni anti-meningococco, anti-pneumococco, anti-HPV e anti- Herpes Zoster eseguite presso strutture sanitarie pubbliche e private è riconosciuto un contributo pari al 60% della spesa sostenuta. Per l'erogazione del contributo sono ammesse tutte le tipologie di ricevuta di spesa (inclusi bollettini di conto corrente postale, bonifici bancari o altre ricevute emesse da sistemi automatici di pagamento) senza la necessità di allegare la prescrizione medica. È sufficiente che sia rilevabile dalla ricevuta di pagamento il fruitore della prestazione e la vaccinazione eseguita, diversamente, è necessaria la copia della "Scheda vaccinale" da cui rilevare la vaccinazione eseguita.

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. Assili 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, cellule staminali mesenchimali da tessuto adiposo ed è pari, complessivamente, al 65% della spesa sostenuta per acquisto - o preparazione nel caso della pappa piastrinica e delle cellule staminali - e somministrazione della sostanza terapeutica, della pappa piastrinica o delle cellule staminali 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.

Nel contributo sono incluse le spese sostenute per la preparazione del siero autologo (pappa piastrinica) o per il prelievo di cellule staminali mesenchimali da tessuto adiposo.

In caso di somministrazione di ozono medicale – ossigeno/ozono - per via percutanea nel disco intervertebrale è ammessa anche la specializzazione medica in Radiologia diagnostica e interventistica.

2. Assili 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 sottocongiuntivali,
- 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. Assili 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 antalgico 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. Assili 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. Assili 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 già menzionati medici.

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

1. Assili riconosce per un massimo di 4 visite specialistiche (anche eseguite a distanza) 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; Assili 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:
 - l'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):
 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 Bariatrica, 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,

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.

- 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. Assili 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, 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.
10. Assili riconosce - per un massimo di dodici consulenze nutrizionistiche (ogni 36 mesi) - un contributo pari al 80% della spesa sostenuta per la consulenza eseguita da un Medico specialista in Scienze dell'Alimentazione o da professionisti iscritti alla sezione A dell'Ordine Nazionale dei Biologi, fino ad un limite, per ciascuna consulenza, di 25,00 euro.
- Per tali consulenze non è necessaria la prescrizione medica; il documento di spesa deve in ogni caso riportare quanto espressamente indicato all'articolo 16.
- Il contributo include eventuali test eseguiti per definire il piano nutrizionale.

TABELLA F – VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, VISITE DEI PROFESSIONISTI DELLA TERAPIA PSICOLOGICA, CONSULENZE NUTRIZIONISTICHE

- Visita medica specialistica ambulatoriale. 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 80,00 euro
- 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
- 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
- Consulenza nutrizionistica. Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 25,00 euro (massimo 12 consulenze ogni 36 mesi – temporizzazione mobili – cfr art. 15)

Art. 35 - Fecondazione assistita in regime privato

1. Per l'atto operativo, nonché e le terapie ormonali e farmacologiche da quello dipendenti, eseguito alle

donne 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 agli uomini 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 a tutti i soci e Beneficari 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, – Logopedia – Training del linguaggio e Terapia mio-funzionale¹⁶

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. 56¹⁷.
In caso di intervento chirurgico ortopedico con un piano di riabilitazione rilasciato da struttura sanitaria curante possono essere riconosciuti ulteriori contributi secondo quanto previsto al comma 1 dell'art. 56.
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 - 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.
Per rilevare la figura professionale, nel caso in cui non sia indicata nella documentazione di spesa, è consultabile il sito della Federazione Nazionale Ordine dei TSRM (www.tsrn.org).
5. Le terapie ammesse a rimborso sono:
 - Fisiochinesiterapia (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 nonché il documento di spesa contenente la terapia eseguita (individuale o collettiva) e il numero delle sedute fatturate.

¹⁶ Dal 1/1/2022 l'art. 64 – Logopedia, training del linguaggio e terapia mio funzionale viene sostituito dall'art. 36 – Terapie fisiche, Logopedia, terapia del linguaggio e terapia mio funzionale.

¹⁷ L'art. 56 definisce le condizioni di accesso a ulteriori sedute di terapia fisica.

7. Assilt riconosce 40 sedute complessive di logopedia, training disfasia, training discalculia e dislessia, terapia mio-funzionale prescritte da medici specialisti in Pediatria, Neurologia - Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Otorinolaringoiatria - Foniatria e fatturate dagli specialisti stessi o da logopedisti. La prescrizione delle terapie (valida per 12 mesi) deve contenere la diagnosi e il dettaglio delle sedute.

Per l'erogazione del contributo occorre la ricevuta di spesa dettagliata per prestazione, numero di sedute e costo per seduta.

Il contributo è pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro per seduta (massimo 40 sedute complessive ogni 12 mesi – temporizzazione mobile – cfr.art.15).

Questo nuovo comma sostituisce l'articolo 64 -Logopedia, Training del linguaggio e Terapia mio-funzionale che prevedeva per tali prestazioni l'autorizzazione della Linea Sanitaria.

TABELLA G – TERAPIA FISICA – LOGOPEDIA – TRAINING DEL LINGUAGGIO – TERAPIA MIO FUNZIONALE

- Logopedia, training disfasia, training discalculia, training dislessia, terapia mio-funzionale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 25,00 euro a seduta
- 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 3¹⁸.
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'équipe ostetrica;
 - 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

¹⁸ 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.

- 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 c¹⁹, 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, familiare 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 (temporizzazione mobile - cfr. art. 15).
 Concluso il ciclo di cura prima di riconoscere una nuova autorizzazione per ulteriori 100 sedute dovranno trascorrere 60 mesi dalla prima fattura; resta peraltro fermo quanto richiesto al comma 2 per il nuovo ciclo di sedute.

¹⁹ La tabella c. (in calce all'art. 29) prevede l'autorizzazione della Linea Sanitaria per alcuni esami diagnostici quali le ecografie, le radiografie, le risonanze magnetiche, l'esame doppler, la tomografia computerizzata e l'OCT in oculistica.

Preliminarmente il ciclo di psicoterapia indicato al punto precedente, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, è riconosciuto un contributo per la psicoterapia (individuale, familiare o di gruppo) pari al 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 35,00 euro per ogni seduta nel limite di 10 sedute erogabili una sola volta nella vita associativa, anche prescritte dal medico o pediatra di base o da Psicoterapeuta.

Tali sedute saranno riconosciute anche agli iscritti che hanno fruito di queste prime sedute nel periodo di emergenza sanitaria.

Non possono, invece, essere autorizzate nella fase di sospensione tra un ciclo terapeutico e quello successivo.

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. Assilt 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.
4. I contributi sono riconosciuti come di seguito indicato:
 - Visite specialistiche domiciliari: l'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): l'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): l'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: l'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 genitori, è sufficiente il certificato di ricovero ed è riconosciuto il solo contributo per il pernottamento.
9. Le autorizzazioni concesse dalla Linea Sanitaria hanno una validità di 24 mesi

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 certificazione di Handicap di grado "Grave"²⁰), 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 (Fisiatristi, 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. 66²¹) 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 certificazione di Handicap di grado "Grave"), pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 35,00 euro a seduta per un massimo di 100 sedute ogni 24 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 certificazione di Handicap 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 certificazione di Handicap 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),

²⁰ Legge 104/92 art.3 comma 3.

²¹ L'art. 66 disciplina le spese logistiche.

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:

- 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 certificazione di Handicap 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 certificazione di Handicap 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. 28²².
8. Assilt ai portatori di disabilità con invalidità totale del 100% certificata (al di sotto dei 18 anni di età certificazione di Handicap di grado "Grave"), previa autorizzazione della Linea Sanitaria eroga contributi per l'acquisto di integratori o prodotti alimentari acquistati presso farmacie o parafarmacie o rivendite autorizzate.
- Il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino a un importo massimo di 150,00 euro ogni 12 mesi (plafond - cfr. art.15).

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
- Integratori, prodotti alimentari. Contributo del 60% della spesa sostenuta fino a massimo 150,00 euro ogni 12 mesi (temporizzazione mobile - cfr. art.15)
- Protesi e presidi sanitari. Contributo pari al 80% della spesa sostenuta (per i limiti normativi e di contributo cfr. art. 28).
- 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 100 sedute ogni 24 mesi (temporizzazione mobile - cfr. art. 15).
- Riabilitazione per disturbi del linguaggio. Contributo del 80% della spesa sostenuta
- 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).
- Terapia fisica - Sedute individuali o collettive. Contributo del 80% della spesa sostenuta

²² L'art. 28 disciplina i contributi per le protesi e i presidi sanitari.

- 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).
- 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)

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 (anche a distanza). 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 Bariatrica, 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 (ambulatorio chirurgico, 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 per l'intero ciclo scolastico) 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) e patologie autoimmuni 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 alinea²³, 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.

²³ L'art. 21 disciplina le temporizzazioni per il riconoscimento dei contributi per le cure odontoiatriche.

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 di fine cura 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 nell'allegato C- Classi Interventi chirurgici in regime privato. In caso di pernottamento presso la struttura di ricovero per il comfort alberghiero, se autorizzato dalla Linea Sanitaria, è riconosciuto un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a massimo 500 euro. Il comfort alberghiero non può essere riconosciuto in caso di interventi chirurgici eseguiti in ambito pubblico.
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.

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 pei 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 25²⁴.
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.

²⁴ Gli articoli citati nel testo definiscono il contributo e la temporizzazione per gli occhiali da vista.

Art. 54 - Alimenti specifici per gravi patologie

A. Prodotti dietetici per specifiche patologie (leucinosi e mucoviscidiosi)

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 (articolo 16 comma 6), 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:
 - 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 oppure on line (articolo 16 comma 6).

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, rivendite specializzate, oppure on line (articolo 16 comma 6), 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 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. Ad 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 (temporizzazione mobile - 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, punti commerciali specializzati in tali prodotti oppure on line (articolo 16 comma 6).
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 da fornire soltanto in occasione della prima autorizzazione;
- dettagliata fattura o "scontrino fiscale parlante".

Art. 55 - Ventilatori respirazione assistita, apparecchi nebulizzatori e ossigenoterapia iperbarica

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 oppure on line (articolo 16 comma 6), per le seguenti patologie:

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

Il contributo è erogabile anche nel caso di acquisto o affitto del ventilatore per la respirazione assistita direttamente da un rappresentante di commercio legalmente riconosciuto (agenti e rappresentanti di prodotti sanitari ed apparecchi medicali),

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).

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.
7. Assilt previa autorizzazione della Linea Sanitaria riconosce contributi per l'ossigenoterapia iperbarica prescritta e fatturata da medico specialista in Pneumologia. Il contributo è pari al 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro a seduta.

TABELLA M - VENTILATORI RESPIRAZIONE ASSISTITA, APPARECCHI NEBULIZZATORI E OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA

- 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
- Accessori 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.
- Ossigenoterapia iperbarica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 120,00 euro a seduta

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, o in caso di intervento chirurgico ortopedico complesso e invalidante (protesi ginocchio, anca, spalla, lesione dei legamenti), debitamente documentate, Assilt riconosce contributi per sedute ulteriori rispetto a quelle previste dall'art. 36²⁵.

Non potranno essere autorizzati ulteriori periodi di terapia fisica trascorsi tre mesi dall'esecuzione dell'intervento chirurgico ortopedico.

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.

Per gli interventi chirurgici ortopedici la documentazione è la seguente:

- copia della cartella clinica o certificazione relativa l'intervento intervento chirurgico eseguito;
- piano riabilitativo relativo l'intervento chirurgico rilasciato dalla struttura curante (pubblica, accreditata o privata).

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 neuromotoria 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.

²⁵ L'art. 36 stabilisce i contributi per la terapia fisica.

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:
 - prescrizione del medico specialista in Ortopedia, Fisioterapia, 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 mobilizzazione 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, Fisioterapia, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia;
 - documentazione di spesa rilasciata da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati;
 - documentazione di spesa rilasciata dal fisioterapista o dal tecnico ortopedico nel caso di magnetoterapia o stimolazione biofisica domiciliari.

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 contemplati e 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;
 - h) protesi oculistiche.

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 similari 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. 60 - Interventi chirurgici generici in regime privato²⁶

1. Assilt nei casi di intervento chirurgico da effettuare in regime privato (esclusi interventi di odontoiatria), previa autorizzazione della Linea Sanitaria, riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta per l'intervento, la sala operatoria, la degenza.

La Linea Sanitaria nel concedere l'autorizzazione valuta la documentazione diagnostica fornita dal Socio e la tempistica di intervento rispetto alla patologia da trattare nelle strutture pubbliche sul territorio di residenza.

2. Nell'allegato C del presente testo normativo sono specificatamente indicati gli interventi chirurgici riconosciuti e la relativa classe di appartenenza.

I contributi massimi erogabili per ogni classe sono i seguenti:

- a) Classe 2: contributo massimo di 500,00 euro;
- b) Classe 3: contributo massimo di 1.500,00 euro;
- c) Classe 4: contributo massimo di 6.500,00 euro.

La Classe 1 contempla le "Asportazione dermatologiche con o senza esame istologico" per le quali non è necessaria la valutazione della Linea Sanitaria.

I limiti normativi e i contributi previsti sono specificatamente indicati al comma 9 dell'Articolo 29 di questo testo normativo.

Gli interventi chirurgici non classificati nell'allegato C o eventuali specificità degli stessi che possano determinare una classificazione diversa da quella prevista, saranno valutati dalla Linea Sanitaria per la corretta attribuzione alla classe di appartenenza.

3. In caso di pernottamento presso la struttura di ricovero per il comfort alberghiero, se autorizzato dalla Linea Sanitaria, è riconosciuto un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a massimo 500 euro. Il comfort alberghiero non può essere riconosciuto in caso di interventi chirurgici eseguiti in ambito pubblico.

²⁶ Dal 1/1/2022 l'art. 59 – Interventi chirurgici in Day Hospital viene sostituito dall'art. 60 – Interventi chirurgici in regime privato.

4. La documentazione necessaria per la valutazione della Linea Sanitaria è la seguente:
 - la pagina della cartella dalla quale si possa evincere il nominativo, il periodo di ospedalizzazione ed il tipo di intervento;
 - la dettagliata documentazione di spesa riguardante l'intervento rilasciata dalla struttura di ricovero.
5. Restano confermate le previsioni di cui all'art. 50 per gli interventi di chirurgia maxillo facciale, all'art. 61 per gli interventi chirurgici per menomazioni funzionali e all'art. 62 per la chirurgia oculistica per quanto concerne la documentazione necessaria per la valutazione ed il riconoscimento dei contributi.

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

1. Assilt, secondo quanto indicato all'articolo 60, eroga un contributo per le spese sostenute per interventi chirurgici effettuati in regime 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. Nel caso di interventi chirurgici di "blefaroplastica" l'autorizzazione è vincolata al parere del Consulente Nazionale Oculistico, inoltre è indispensabile presentare alla Linea Sanitaria un esame del campo visivo dal quale si evinca la presenza della menomazione funzionale.

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 e secondo quanto indicato all'articolo 60.
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** 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 +/- 3 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**
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 (incluso l'eventuale costo del cristallino artificiale graduato). 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.

C. Cross linking per il cheratocono

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

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, 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. Piccoli interventi di chirurgia oculistica Assilt riconosce contributi secondo quanto previsto dall'art. 29 (tabella C).

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%, oppure in caso di incontinenza urinaria o fecale a seguito di intervento chirurgico anche senza invalidità riconosciuta, un contributo per l'acquisto di materiale assorbente e monouso (traverse, pannoloni, cateteri, sacche e ricambi per ano artificiale) 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;
 - 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. 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. 43²⁷ 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).

In caso di "follow up" (controllo sanitario continuo o periodico) la Linea Sanitaria nel concedere l'autorizzazione valuterà la patologia in funzione del tempo trascorso dall'evento principale. Non sono infatti ammesse autorizzazioni per controlli eseguiti a distanza di anni tranne per i soci che hanno avuto un trapianto di organo.

²⁷ L'art. 43 del Codice Civile definisce il concetto di residenza come il luogo dove ha persona ha la dimora abituale.

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, o un valido documento alternativo, 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. Se viene acquistato un biglietto di classe superiore verrà riconosciuto un contributo del 60% della spesa sostenuta;
- 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.

- Lo stesso contributo viene riconosciuto ai soci disabili o dializzati per gli spostamenti necessari per raggiungere la struttura sanitaria curante.
L'autorizzazione può essere concessa in attesa di ottenere la prestazione dal Servizio Sanitario Regionale, dall'Unità Sanitaria locale o dal Comune di appartenenza.
Il contributo è equiparato a quanto previsto per l'uso del mezzo proprio anche in caso di trasporti eseguiti e fatturati dall'Associazione della Croce Rossa Italiana o Associazioni simili operanti nel territorio italiano.

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 75,00 euro 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. In caso di contratto di locazione, al fine del rimborso, sono incluse le spese accessorie (condominio, luce, gas, e così via).

Sono, inoltre, ammissibili pernottamenti prenotati attraverso portali on line come specificato al comma 6 dell'articolo 16. In nessun caso per le spese di pernottamento è indispensabile che sia indicato nella documentazione di spesa il codice fiscale del Socio o Beneficiario.

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.

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 stesso²⁸. 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.
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.

²⁸ Gli artt. 14 e 15 dello Statuto definiscono le attribuzioni, rispettivamente, dell'Assemblea dei Rappresentanti e del Consiglio di Amministrazione.

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 contributo. 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. 8²⁹, 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. 7³⁰ 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.
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 deliberi 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.

²⁹ L'art. 8 disciplina la Sospensione cautelativa.

³⁰ L'art. 7 concerne gli obblighi degli associati in tema di verifiche sanitarie e amministrative.

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 (articolo 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. 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.

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.
Non sono erogabili contributi a titolo di franchigia per le spese sanitarie a carico dei Beneficiari in quanto non possono essere iscritti all'Associazione se aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da Enti o forme assicurative (Art.3 comma 1).

ALLEGATO A - TARIFFARIO ODONTOIATRICO

Aggiornato a Gennaio 2022

Il contributo per le prestazioni odontoiatriche è pari al 90% della spesa sostenuta fino all'importo massimo erogabile - indicato in questa tabella - per ogni singola prestazione

CODICE ASSILT	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE
ODONTOIATRIA		
PARTE GENERALE		
ODPG0002	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio	22,00 €
RADIOLOGIA ODONTOIATRICA		
ODXX0001	Radiografia endorale (ogni due denti)	5,00 €
ODRX0003	Radiografia endorale delle arcate dentarie completa	24,00 €
ODRX0005	Ortopantomografia	24,00 €
ODRX0006	Teleradiografia	26,00 €
IGIENE ORALE, PARODONTOLOGIA E TRATTAMENTI		
ODAB0001	Ablazione del tartaro (senza vincolo di età)	70,00 €
ODAB0002	Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 4 denti - solo sopra i 16 anni di età)	50,00 €
ODLE0001	Legature dentali extracoronalì (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	36,00 €
ODLE0002	Legature dentali intracoronalì (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	43,00 €
ODMO0001	Molaggio selettivo parziale/totale (solo sopra dei 16 anni di età)	19,00 €
ODRD0008	Gengivectomia (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	85,00 €
ODRD0009	Lembo gengivale (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	128,00 €

ODRD0010	Lembo mucogengivale (courettage a cielo aperto, posiz.apicale - per 4 denti -solo sopra i 16 anni di età)	160,00 €
ODRD0012	Chirurgia ossea resettiva (incluso il lembo di accesso - ad arcata)	208,00 €
ODRD0017	Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali (solo sopra i 16 anni di età)	132,00 €
ODAM0001	Amputazioni radicolari (per radice, escluso il lembo di accesso)	50,00 €
ODTC0001	Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale di oligoelementi (per arcata - non ripetibile prima di 18 mesi e fino ai 12 anni di età)	15,00 €
ODSI0001	Sigillatura di solchi per dente (fino a 12 anni di età, erogabile una sola volta)	12,00 €
ODSI0002	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpare (otturaz. coronale a parte) (per elemento dentale-contributo una sola volta e fino a 12 anni di età)	35,00 €
CHIRURGIA		
ODCO0001	Estrazione di dente o radice	31,00 €
ODCO0003	Estrazione di un dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito (escluso comp. anestesista) per ogni dente	31,00 €
ODCO0005	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	74,00 €
ODCO0018	Disinclusione denti ritenuti con estrazione dell'elemento dentale	89,00 €
ODCX0001	Disinclusione denti ritenuti senza estrazione dell'elemento dentale	89,00 €
ODCO0019	Estrazione di dente soprannumerario	31,00 €
ODRZ0011	Rizotomia	40,00 €
ODAS0001	Intervento per biopsie (escluso esame istologico)	23,00 €
ODAS0002	Apicectomia (cura canalare a parte)	77,00 €
ODAS0003	Asportazione di epulide	51,00 €
ODAS0004	Intervento chirurgico preprotetico (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomie, tori palatini, tori mandibolari, osteomi)	77,00 €

ODAS0005	Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, del palato o del labbro e del pavimento orale	93,00 €
----------	--	---------

ODAS0006	Rimozione cisti mascellare (qualsiasi sede) incluso es istologico - rimborsabile se allegato referto es.istologico. <i>Diversamente è erogabile il contributo previsto per le cisti mucose (codice ODAS0005)</i>	415,00 €
----------	--	----------

CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA

ODCG0002	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)	890,00 €
----------	---	----------

ODCG0004	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)	296,00 €
----------	--	----------

ODCH0001	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)	890,00 €
----------	---	----------

ODCH0003	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)	296,00 €
----------	--	----------

ODDZ0005	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore destra)	890,00 €
----------	---	----------

ODDZ0006	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore sinistra)	890,00 €
----------	---	----------

IMPIANTI OSTEOINTEGRATI

ODIM0012	Impianto osteointegrato	475,00 €
----------	-------------------------	----------

ODIM0013	Moncone pilastro per protesi su impianto osteointegrato	92,00 €
----------	---	---------

ODPI0001	Impianto osteointegrato per protesi totale mobile (massimo 2 per emiarcata)	475,00 €
----------	---	----------

ODPI0002	Moncone pilastro per protesi totale mobile (massimo 2 per emiarcata)	92,00 €
----------	--	---------

ODIP0001	Impianto osteointegrato per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula (massimo 3 per emiarcata)	475,00 €
----------	--	----------

ODIP0002	Moncone pilastro per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula (massimo 3 per emiarcata)	92,00 €
----------	---	---------

RICOSTRUZIONE ARCATA DENTARIA

ODSP0000	Protesi fissa di ricostruzione per arcata superiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica - erogabile una sola volta nella vita associativa)	3.000,00 €
----------	---	------------

ODSP0001	Protesi fissa di ricostruzione per arcata inferiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica - erogabile una sola volta nella vita associativa)	3.000,00 €
----------	---	------------

TRATTAMENTI CONSERVATIVI E/O ENDODONTICI

ODCA0001 Cavità di V° classe di Black *(unica sovrapponibile alle altre classi 1° - 2° -3° - 4° Classe di Black nello stesso piano di cura)* 61,00 €

ODCN0001 Cavità di 1° classe di Black 61,00 €

ODCN0002 Cavità di 2° classe di Black 85,00 €

ODCN0004 Cavità di 3° classe di Black 85,00 €

ODCN0005 Cavità di 4° classe di Black 85,00 €

ODCN0008 Ricostruzione moncone in materiale composito o amalgama *(terapia conservativa per il posizionamento di una corona)* 85,00 €

ODEN0001 Endodonzia (prestazione ad un canale) 83,00 €

ODEN0002 Endodonzia (prestazione a due canali) 136,00 €

ODEN0003 Endodonzia (prestazione a tre o quattro canali) 206,00 €

ODPC0001 Apeificazione (unico contributo e fino a 12 di età) 17,00 €

PROTESI

ODPR0002 Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa) 153,00 €

ODPR0004 Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa) 184,00 €

ODPR0006 Corona o elemento di ponte in L.N.P. e ceramica 190,00 €

ODPR0007 Corona o elemento di ponte in ceramica, L.P.e ceramica, titanio e ceramica, zirconio e ceramica *(Contributo erogabile solo dietro rilascio del certificato di conformità con l'indicazione del materiale utilizzato)* 368,00 €

ODPR0041 Corona fusa fresata 178,00 €

ODPR0042 Corona oro ceramica fresata 248,00 €

ODPR0020 Intarsio in composito 171,00 €

ODPR0021	Intarsio in ceramica	159,00 €
ODPR0023	Onlay in composito	223,00 €
ODPR0024	Onlay in ceramica vetrosa	276,00 €
ODVV0001	Corona provvisoria in resina	43,00 €
ODVV0005	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria	19,00 €
ODVV0006	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria <i>(costo non distinto tra struttura ed elementi)</i>	17,00 €
ODVV0004	Protesi mobile parziale provvisoria (solo la struttura)	85,00 €
ODVV0007	Protesi mobile parziale provvisoria (solo la struttura - <i>costo non distinto tra struttura ed elementi</i>)	76,50 €
ODVV0003	Protesi mobile totale provvisoria - per arcata (inclusi gli elementi dentali)	233,00 €
ODPR0057	Protesi mobile totale - per arcata	527,00 €
ODPR0064	Elemento in resina per protesi definitiva	19,00 €
ODPR0089	Elemento in resina per protesi definitiva <i>(costo non distinto tra struttura ed elementi)</i>	17,00 €
ODPE0001	Perno moncone su dente naturale	92,00 €
ODRM0001	Rimozione corona od elemento di protesi fissa	12,00 €
ODRM0002	Rimozione di perno radicolare	14,00 €
ODRI0001	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema diretto	49,00 €
ODRI0002	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema indiretto	77,00 €
ODRI0003	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema diretto	63,00 €
ODRI0004	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema indiretto	141,00 €

ODRI0006	Riparazione della copertura in resina/composito/ceramica (ad elemento dentale)	46,00 €
ODRE0001	Registrazione dei rapporti intermascellari con arco facciale e studio del caso in articolatore	80,00 €
ODRE0002	Registrazione dei rapporti intermascellari con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso	276,00 €
ODAT0001	Attacco di semiprecisione fuso in L.N.P.	58,00 €
ODAT0002	Attacco di semiprecisione fuso in L.P.	84,00 €
ODAT0003	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.N.P.	87,00 €
ODAT0004	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.P.	113,00 €
ODGA0001	Gancio a filo in L.N.P.	16,00 €
ODGA0003	Gancio fuso in L.N.P.	33,00 €
ODGA0004	Gancio fuso in L.P.	61,00 €
ODSH0001	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore	208,00 €
ODSH0008	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore <i>(costo non distinto tra struttura e elementi dentali)</i>	187,00 €
ODSH0004	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore	208,00 €
ODSH0009	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore <i>(costo non distinto tra struttura e elementi dentali)</i>	187,00 €
ODSH0002	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore	429,00 €
ODSH0010	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore <i>(costo non distinto tra struttura e elementi dentali)</i>	386,00 €
ODSH0003	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore	429,00 €
ODSH0011	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore <i>(costo non distinto tra struttura e elementi dentali)</i>	386,00 €
ODSH0005	Maryland bridge (struttura)	77,00 €

ODSH0012	Maryland bridge (struttura) - (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	69,00 €
ODSH0006	Protesi mobile parziale definitiva in resina	85,00 €
ODSH0013	Protesi mobile parziale definitiva in resina - (solo la struttura) (costo non distinto tra struttura ed elementi)	76,50 €
ODPR0086	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	147,00 €
ODPR0090	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina (costo non distinto tra struttura ed elementi)	132,00 €
ODPR0087	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana	196,00 €
ODPR0091	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana (costo non distinto tra struttura ed elementi)	176,00 €
ODPA0001	Griglia per protesi totale - arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Barra di rinforzo)	93,00 €
ODPA0002	Barra di rinforzo per protesi totale in cromo/cobalto - ad arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Griglia per protesi totale)	124,00 €

ORTODONZIA

Check up (Contributi erogabili nel periodo che precede l'inizio del trattamento ortodontico attivo)

ODCK0000	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio in ortodonzia	22,00 €
ODCK0002	Ortopantomografia	23,00 €
ODCK0003	Teleradiografia del cranio in proiezione perfetta con cefalostato	24,00 €
ODCK0004	Teleradiografia del cranio in proiezione postero-anteriore con cefalostato	24,00 €
ODCK0005	Teleradiografia del cranio in proiezione sub-mento vertice con cefalostato	24,00 €
ODRK0001	Rx occlusale (ogni due denti)	5,00 €
ODRK0002	Rx endorale (ogni due denti)	5,00 €
ODCK0009	Tracciato ed analisi cefalometrica	51,00 €

ODCK0010	Serie fotografica (otto)	17,00 €
ODCK0011	Analisi degli spazi con set-up	76,00 €
ODCK0012	Esame elettromiografico	114,00 €
ODCK0013	Esame kinesiografico	162,00 €

Placca funzionalizzata

ODFU0001	Bite/Placca funzionalizzata per problemi articolazione temporo-mandibolare (contributo erogabile due volte nel rapporto associativo)	227,00 €
----------	---	----------

Preventiva intercettiva (Contributi erogabili in maniera distinta da quelli previsti per la terapia attiva e solo se fatturati separatamente da altri periodi di trattamento ortodontico attivo)

ODPV0001	Preventiva-intercettiva con mantenitore di spazio fisso	184,00 €
ODPV0002	Preventiva-intercettiva con mantenitore spazio mobile	251,00 €
ODPV0004	Preventiva-intercettiva a Griglia fissa	288,00 €
ODPV0005	Preventiva-intercettiva con Griglia su app. amovibile	270,00 €
ODPV0006	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per chiusura diastemi	163,00 €
ODPV0007	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per correzione cross-bite	353,00 €
ODPV0008	Preventiva-intercettiva con Bande per ausiliario per aperture morso	359,00 €

Trattamento ortodontico attivo - Primo anno (Contributi erogabili a terapia iniziata. Nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine della cura attiva)

Non sono ammessi cambi di classe scheletrica tra il primo e il secondo anno di cura senza la copia del tracciato cefalometrico.

ODTP0001	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app.rimov. e funz. - Primo anno	863,00 €
ODTP0002	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app. fisse o miste - Primo anno	1.043,00 €
ODTP0003	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Primo anno	923,00 €

ODTP0007	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00 €
ODTP0004	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Primo anno	1.235,00 €
ODTP0008	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00 €
ODTP0005	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Primo anno	1.019,00 €
ODTP0009	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00 €
ODTP0006	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Primo anno	1.259,00 €
ODTP0010	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Primo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00 €

Trattamento ortodontico attivo - Secondo anno (Contributi erogabili a terapia iniziata e trascorsi 10 mesi dalla precedente richiesta di rimborso. Nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine della cura attiva)

Non sono ammessi cambi di classe scheletrica tra il primo e il secondo anno di cura senza la copia del tracciato cefalometrico.

ODTT0001	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app.rimov. e funz. - Secondo anno	863,00 €
ODTT0002	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app. fisse o miste - Secondo anno	1.043,00 €
ODTT0003	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Secondo anno	923,00 €
ODTT0007	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00 €
ODTT0004	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Secondo anno	1.235,00 €
ODTT0008	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00 €
ODTT0005	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Secondo anno	1.019,00 €
ODTT0009	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	863,00 €
ODTT0006	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Secondo anno	1.259,00 €
ODTT0010	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Secondo anno (senza tracciato cefalometrico)	1.043,00 €

Trattamento ortodontivo attivo - Terzo e ultimo anno (Contributi erogabili a terapia iniziata e trascorsi 10 mesi dalla precedente richiesta di rimborso. Nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine della cura attiva)

Non sono ammessi cambi di classe scheletrica l'ultimo periodo di cura (ultimo anno o ultimo semestre)

ODTV0001	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app.rimov. e funz. - Terzo anno	466,00 €
ODTV0002	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app. fisse o miste - Terzo anno	539,00 €
ODTV0003	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Terzo anno	490,00 €
ODTV0007	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	466,00 €
ODTV0004	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Terzo anno	588,00 €
ODTV0008	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	539,00 €
ODTV0005	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Terzo anno	589,00 €
ODTT0009	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	466,00 €
ODTV0006	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Terzo anno	687,00 €
ODTT0010	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Terzo anno (senza tracciato cefalometrico)	539,00 €

Trattamento ortodontivo attivo - Ultimo semestre (Contributi erogabili per periodi inferiori ad un anno di terapia attiva e soltanto alla fine della cura se certificato dal medico curante la data di inizio e fine del semestre)

Non sono ammessi cambi di classe scheletrica l'ultimo periodo di cura (ultimo anno o ultimo semestre)

ODTU0001	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app.rimov. e funz. - Ultimo semestre	239,00 €
ODTU0002	Correzione anomalie di classe 1 [^] di Angle e di classe 1 [^] basale con app. fisse o miste - Ultimo semestre	276,00 €
ODTU0003	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre	251,00 €
ODTU0007	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 2 [^] basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre (senza tracciato cefalometrico)	239,00 €
ODTU0004	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Ultimo semestre	300,00 €

ODTU0008	Correzione anomalie di classe 2 [^] di Angle (anche da un solo lato) con app. fisse o miste - Ultimo semestre <i>(senza tracciato cefalometrico)</i>	276,00 €
ODTU0005	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre	300,00 €
ODTU0009	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app.rim. o funz. - Ultimo semestre <i>(senza tracciato cefalometrico)</i>	239,00 €
ODTU0006	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Ultimo semestre	349,00 €
ODTU0010	Correzione anomalie di classe 3 [^] di Angle (anche da un solo lato) classe 3 [^] basale con app. fisse o miste - Ultimo semestre <i>(senza tracciato cefalometrico)</i>	276,00 €
Contenzione <i>(Contributo per entrambi le arcate "una tantum" nell'intero periodo di cura)</i>		
ODDT0001	Contenzione a mezzo di Positioner preformati	251,00 €
ODDT0002	Contenzione a mezzo di Placche di Hawley	251,00 €
ODDT0003	Contenzione a mezzo di Arche linguali	251,00 €
ODDT0004	Contenzione a mezzo di Scheletrato	251,00 €

ALLEGATO B – PRONTUARIO FARMACEUTICO INTEGRATIVO

Aggiornato a Gennaio 2022

I farmaci indicati nel Prontuario Farmaceutico Integrativo Assilt, sono soggetti ai cambiamenti delle case farmaceutiche che ne aggiornano con frequenza nome commerciale, posologia e costo.

Per questo motivo il Prontuario Farmaceutico Integrativo Assilt contiene, oltre al nome commerciale del farmaco, la relativa molecola o principio attivo.

Non tutti i farmaci che le contengono, tuttavia, sono sempre rimborsabili.

Sono, infatti, erogabili contributi solo per quelli che contengono la molecola (o principio attivo) così come è denominata nel Prontuario Farmaceutico Integrativo.

Farmaci con molecole o principi attivi "simili" non sono ammessi a rimborso.

FARMACO	MOLECOLA
ABIMONO	Isoconazolo
ACETILCISTEINA	Acetilcisteina
ACTIVEVLE	Noretisterone ed estrogeno
ADROVANCE	Acido alendronico e sale sodico
ADVANTAN	Metilprednisolone aceponato
AFTAB	Triamcinolone
AISI	Alprazolam
ALDEPRELAM	Alprazolam
ALENDROS	Acido alendronico e sale sodico
ALLERGODIL	Azelastina cloridrato
ALLESPRAY	Azelastina cloridrato
ALPRAZIG	Alprazolam
ALPRAZOLAM	Alprazolam
ALTERSOL	Acetilcisteina
ALTOSONE	Mometasone
AMISULPRIDE	Amisulpride
AMPAMET	Aniracetam
ANATETALL	Anatossina tetanica
ANSIL	Lorazepam
ANSIOLIN	Diazepam
ANTIMICOTICO SAME	Clotrimazolo
ARVENUM	Diosmina
ASQUAM	Ketoconazolo
ATARAX	Idroxizina
AVAMYS	Fluticasone

AXILIUM	Lormetazepam
AZOLMEN	Bifonazolo
AZYTER (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Azitromicina
BATRACOMB	Ciclopirox
BATRAFEN	Ciclopirox
BAQSIMI	Glucagone Cloridrato
BECLOMET.DOC	Beclometasone
BECOTIDE	Beclometasone
BEHRIFIL	Pentoxifilina
BEMEDREX EASYHALER	Beclometasone
BENFER	Ferro trivalente
BENUR	Doxazosina
BETABIOPTAL (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Cloramfenicolo
BIOGINAL	Ciclopirox
BIOMUNIL	Ribosomal/Klebsprotina
BRANIGEN	Levoacetilcarnitina cloridrato
BRINERDINA	Reserpina e diuretici
BRIXOPAN	Bromazepam
BROMAZEPAM	Bromazepam
BRONCHOVAXOM	Lisato Batterico
BRONCOHEXAL	Acetilcisteina
BROTIZOLAM	Brotizolam
BRUMIXOL	Ciclopirox
BRUNAC	Acetilcisteina
CALC FOLINATO	Calcio folinato
CALC LEVOFOL	Calciolevofolinato
CALCIFOLIN	Calcio folinato
CALCIPOTRIOLO	Calcipotriolo
CALFOLEX	Calcio folinato
CALINAT	Calcio folinato
CANESTEN	Elatrimazolo
CANGIL	Clotrimazolo
CAREFINAST	Finasteride
CHAMPIX	Vareniclina
CIALIS	Tadalafil
CICLOPOLI	Ciclopirox

CIDILIN	Citicolina
CISTALGAN	Flavoxato
CITICOLIN	Citicolina
CITICOLINA	Citicolina
CITOFOLIN	Calcio folinato
CLIMACLOD	Acido clodronico
CLODEOSTEN	Acido clodronico
CLODRON	Acido clodronico
CLODRONATO	Acido clodronico
CLODY	Acido clodronico
CLORADEX (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Cloramfenicolo
CLOTRIMAZOLO	Clotrimazolo
COLBIOCIN (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Cloramfenicolo
COMPENDIUM	Bromazepam
CONDRAL	Condroitin sodio solfato
CONDROSULF	Condroitin sodio solfato
CONTROL	Lorazepam
COROSAN	Dipiridamolo
CORTANEST	Fluocinolone acetone
CORTICAL	Diflucortolone
DAFLON	Diosmina
DAFNEGIN	Ciclopirox
DAKTARIN	Miconazolo
DALMADORM	Flurazepam
DECAPEPTYL	Triptorelina
DEFLAN	Deflazacort
DEFLAZACORT	Deflazacort
DELORAZEPAM	Delorazepam
DENIBAN	Amisulpride
DEPAS	Etizolam
DEPO PROVERA	Medrossiprogesterone
DERMAVAL	Diflucortolone
DESAMIX ANTIMIC	Clotrimazolo
DETRUSITOL	Tolterodina tartrato
DIAZEPAM	Diazepam
DIFLUCAN	Fluconazolo

DIFOSFOCIN	Citicolina
DIFOSFONAL	Acido clodronico
DIFTAVAX	Anatossina tetanica, differica
DIFTETALL	Anatossina tetanica, differica
DIMOVASS	Diosmina
DIOSMINA	Diosmina
DIOSVEN	Diosmina
DITANRIX	Anatossina tetanica, differica
DITROPAN	Oxibutinina/Ossibutinina cloridrato
DOLOPROCT	Flucortolone
DOMAR	Pinazepam
DORICUM	Fluocinolone acetone
DORICUM-SEMP.	Fluocinolone acetone
DOVEN	Diosmina
DYMISTA	Azelastina cloridrato
ECODERGIN	Econazolo
ECOMESOL	Econazolo
ECONAZOLO	Econazolo
ECOREX	Econazolo
ECOSTERIL	Econazolo
EFACTI	Ivermectina
EFRACEA	Doxiciclina Monoidrato
ELAZOR	Fluconazolo
ELOCON	Mometasone
EN	Delorazepam
ERVEVAX	Vaccino antirosolia
ESILGAN	Estazolam
EXOCIN (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Ofloxacin
FALVIN	Fenticonazolo
FARLUTAL	Medrossiprogesterone
FELISON	Flurazepam
FENISTIL	Dimetindene
FERPLEX	Ferriprotinato/calcio folinato
FERPLEX FOL	Ferriprotinato/calcio folinato
FERRITIN COMPLEX	Sodio Ferrigluconato
FERRITIN OTI	Sodio Ferrigluconato

FERROFOLIN	<i>Ferriprotinato/calcio folinato</i>
FERROGRAD C	<i>Ferroso solfato/acido ascorbico</i>
FERROGRAD FOLIC	<i>Ferroso solfato/acido ascorbico</i>
FERTIPEPTIL	<i>Triptorelina</i>
FILENA	<i>Medrossiprogesterone ed estrogeno</i>
FINACAPIL	<i>Finasteride</i>
FINASTERIDE	<i>Finasteride</i>
FLANTADIN	<i>Deflazacort</i>
FLIXONASE	<i>Fluticasone</i>
FLU CORTANEST	<i>Diflucortolone</i>
FLUCONAZOLO KABI	<i>Fluconazolo</i>
FLUCONAZOLO RATIO	<i>Fluconazolo</i>
FLUIMUCIL	<i>Acetilcisteina</i>
FLUNOX	<i>Flurazepam</i>
FLUNUTRAC	<i>Fluticasone</i>
FOLANEMIN	<i>Calciolevofolinato</i>
FOLAREN	<i>Calcio folinato</i>
FOLIDAR	<i>Calcio folinato</i>
FOSAMAX	<i>Acido alendronico sale sodico</i>
FOSAVANCE	<i>Acido alendronico sale sodico</i>
FRISIUM	<i>Clobazam</i>
FRONTAL	<i>Alprazolam</i>
GAMIBETAL	<i>Buxamina</i>
GANAZOLO	<i>Econazolo</i>
GENURIN	<i>Flavoxato cloridrato</i>
GEROLIN	<i>Citicolina</i>
GLIPTIDE	<i>Sulglitide</i>
GONASI	<i>Gonotropina corionica</i>
GUNEVAX	<i>Vaccino antirosolia</i>
GYNO-CANESTEN	<i>Clotrimazolo</i>
HALCION	<i>Triazolam</i>
HIDONAC	<i>Acetilcisteina</i>
IBUSTRIN	<i>Indobufene</i>
IFENEC	<i>Econazolo</i>
IKERVIS	<i>Ciclosporina</i>
IMOVANE	<i>Zopiclone</i>

IMOVAX TETANO	Anatossina tetanica
IMPROMEN	Bromperidolo
INALONE	Beclometasone
INDOBUFENE	Indobufene
INDOSTAC	Indobufene
INIMUR	Nifuratel
INTRAFER	Ferro trivalente
IPERTROFAN	Mepartricina
IPNOLOR	Lormetazepam
ITALPRID	Tiapride
KENTERA	Oxibutinina
KETOCONAZOLO EG	Ketoconazolo
KOFIMUCIL MUCOL.	Acetilcisteina
KOVILEN	Nedocromile sodico
KOVINAL	Nedocromile sodico
LAMISIL	Terbinafina
LASTICOM	Azelastina cloridrato
LENDORMIN	Brotizolam
LEVOBREN	Levosulpiride
LEVOFOLENE	Calciolevofolinato
LEVOPRAID	Levosulpiride
LEVOSULPIRIDE	Levosulpiride
LEVOTIROXINA TEVA	Levotiroxina sodica
LEXOTAN	Bromazepam
LOCAFLUO	Fluocinolone acetone
LOCALYN	Fluocinolone acetone
LOCETAR	Amorolfina
LOCRINOLYN	Fluocinolone acetone
LOGAN	Citicolina
LOMEXIN	Fenticonazolo
LORALIN	Lorazepam
LORANS	Lorazepam
LORAZEPAM	Lorazepam
LORENIL	Fenticonazolo
LORMETAZEPAM	Lormetazepam
LORXAGEN	Lorazepam

LUAN	Lidocaina cloridrato
LUNIS	Flunisolide
LUZUL	Lormetazepam
LYRINEL	Oxibutinina
MACMIROR	Nifuratel
MADAR	Nordazepan
MATRIX	Galatturoglicano solfato
MECLON	Clotrimazolo
MENINGITEC	Meningococco C
MERUVAX II	Vaccino antirosolia
MEXYLOR	Lormetazepam
MICETAL	Flutrimazolo
MICLAST	Ciclopirox
MICOMICEN	Ciclopirox
MICONAL	Miconazolo
MICONAZOLO	Miconazolo
MICOTEF	Miconazolo
MICOXOLAMINA	Ciclopirox
MICROPAM	Diazepam
MICTONORM	Propiverina
MINIAS	Lormetazepam
MOGADON	Nitrazepam
MOMET	Mometasone
MOTICLOD	Acido clodronico
MUCOFRIN	Acetilcisteina
MUCOMUCIL	Acetilcisteina
MUCOXAN	Acetilcisteina
MUNDOSON	Mometasone
N-ACETILCISTEINA GRP	Acetilcisteina
NAEMIS (terapia sostitutiva per carenza di estrogeni)	Estradiolo/Nomegestrolo acetato
NASACORT	Triamcinolone
NASOFAN	Fluticasone
NASONEX	Mometasone furoato
NEISVAC-C	Meningococco C
NERISONA	Diflucortolone
NETILDEX (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Temazepam

NETTACIN (<i>a seguito intervento chirurgico oculistico</i>)	Netilmicina
NEUREX	Citicolina
NEUROTON	Citicolina
NEBID (<i>terapia sostitutiva per carenza di testosterone</i>)	Testosterone Undecanoato
NICETILE	Levoaceticarnitina cloridrato
NICORETTEICY	Nicotina
NIFURATEL FMT	Nifuratel
NIKLOD	Acido clodronico
NIMODIPINA	Nimodipina
NIMOTOP	Nimodipina
NIOGERMOX	Ciclopirox
NIQUITIN	Nicotina
NIZACOL	Miconazolo
NIZORAL	Ketoconazolo
NOAN	Diazepam
NOOTROPIL	Piracetam
NORMISON	Temazepam
NORMOBREN	Levoaceticarnitina cloridrato
NORMOFER	Ferro trivalente
NOTTEM	Zolpidem
OFTAQUIX (<i>a seguito intervento chirurgico oculistico</i>)	Levofloxacina
ONILAQ	Amorolfina
OPSYCON	Zolpidem
OSTEONORM	Acido clodronico
OXIBUTININS CLORIDATO	Oxibutinina cloridrato
PASADEN	Etizolam
PERMIXON	Repentina
PERSANTIN	Dipiridamolo
PEVARYL	Econazolo
PIGENIL	Pigelina
PILUS	Finasteride
PIRACETAM	Piracetam
PLACTIDIL	Picotamide
PNEUMO 23	Antigene pneumococcico
PNEUMOPUR	Antigene pneumococcico
PNEUMOVAX	Antigene pneumococcico

PNU IMUNE 23	<i>Antigene pneumococcico</i>
POLARAMIN	<i>Desclorfeniramina</i>
POLINAZOLO	<i>Econazolo</i>
PRAXILENE	<i>Naftidrofurile ossalato acido</i>
PRAZENE	<i>Prazepam</i>
PRAZEPAM EG	<i>Prazepam</i>
PREVENAR	<i>Antigene pneumococcico</i>
PRILAGIN	<i>Miconazolo</i>
PRILIGY	<i>Dapoxetina</i>
PROCTOLYN	<i>Fluocinolone acetone</i>
PROFER	<i>Ferro trivalente</i>
PROLIA	<i>Denosumab</i>
PROPECIA	<i>Finasteride</i>
PROSTAPLANT	<i>Serenoa/Ortica</i>
PROSTEREN	<i>Repentina</i>
PROVENAL	<i>Sulodexide</i>
PROVERA	<i>Medrossiprogesterone</i>
REKORD FERRO	<i>Ferroprotinato</i>
RESMINA	<i>Diosmina</i>
RILAPROST	<i>Repentina</i>
RINELON	<i>Mometasone</i>
RINOCLENIL	<i>Beclometasone</i>
RIZEN	<i>Clotiazepam</i>
ROIPNOL	<i>Flunitrazepam</i>
ROSOVAX	<i>Vaccino antirosolia</i>
ROXOLAC	<i>Ciclopirox</i>
RUBEATEN BERNA	<i>Vaccino antirosolia</i>
RUDIVAX	<i>Vaccino antirosolia</i>
SABA	<i>Repentina</i>
SANIFOLIN	<i>Calcio folinato</i>
SEBIPROX	<i>Ciclopirox</i>
SEREKIS	<i>Fluocortolone</i>
SEREPRILE	<i>Tiapride</i>
SERPAX	<i>Oxazepam</i>
SERPENS	<i>Repentina</i>
SERTACREAM	<i>Sertaconazolo</i>

SERTADERM	<i>Sertaconazolo</i>
SERTADIE	<i>Sertaconazolo nitrato</i>
SERTAGYN	<i>Sertaconazolo nitrato</i>
SEVENDOC (a seguito intervento chirurgico oculistico)	<i>Desametasone/Levofloxacina</i>
SOLMUCOL	<i>Acetilcisteina</i>
SONATA	<i>Zaleplon</i>
SONGAR	<i>Triazolam</i>
SONIREM	<i>Zolpidem</i>
SPEDRA	<i>Avanafil</i>
STILNOX	<i>Zolpidem</i>
STRATOFER	<i>Ferriprotinato</i>
STREPTOPUR	<i>Antigene pneumococcico</i>
SUADIAN	<i>Naftifina</i>
SULAMID	<i>Amisulpride</i>
SURRENOL	<i>Deflazacort</i>
SYNFLORIX	<i>Antigene pneumococcico</i>
SYNTARIS	<i>Flunisolide</i>
TAIOFTAL	<i>Triamcinolone</i>
TALOFEN	<i>Pramazina</i>
TAVOR	<i>Lorazepam</i>
TEMETEX	<i>Diflucortolone</i>
THYMANAX	<i>Agomelatina</i>
TIENOR	<i>Clotiazepam</i>
TILADE	<i>Nedocromil</i>
TILARIN	<i>Nedocromil</i>
TILAVIST	<i>Nedocromil</i>
TIROCLAR	<i>Acetilcisteina</i>
TOBRADEX (a seguito intervento chirurgico oculistico)	<i>Tobramicina</i>
TOBRAL (a seguito intervento chirurgico oculistico)	<i>Tobramicina</i>
TONOFOLIN	<i>Calcio folinato</i>
TOPSYN	<i>Fluocinonide</i>
TOVIAZ	<i>Fesoterodine fumarate</i>
TRANQUIRIT	<i>Diazepam</i>
TRAVOCORT	<i>Isoconazolo</i>
TRAVOGEN	<i>Isoconazolo</i>
TRAXOVICAL	<i>Acido clodronico</i>

TRENTAL	Pentoxifilina
TREPIDAN	Prazepam
TRIATOP	Ketoconazolo
TRIAZOLAM	Triazolam
TRICANDIL	Mepartricina
TRIMETON	Clorfeniramina
TRIVASTAN	Piribedil
TROSYD	Tioconazolo
TURBINAL	Bedometasone
ULTRALAN	Fluocortolone
ULTRAPROCT	Fluocortolone
URALYT	kalnacitrato
VALDORM	Flurazepam
VALDOXAN	Agomelatina
VALEANS	Alprazolam
VALIUM	Diazepam
VASOSUPRI NA	Isoxsuprina
VATRAN	Diazepam
VENOSMINE	Diosmina
VESIKER	Solifenacina succinato
VESOMNI	Solifenacina succinato e tamsulosina cloridrato
VESSEL	Sulodexide
VIGAMOX (a seguito intervento chirurgico oculistico)	Moxifloxacina
XANAX	Alprazolam
XATRAL	Alfuzosina Cloridrato
YELLOX	Bromfenac
ZELORAM	Lorazepam
ZIBREN	Levoacetilcarnitina cloridrato
ZOELY (terapia sostitutiva per carenza di estrogeni)	Estradiolo/Nomegestrolo acetato
ZOLPEDUAR	Zolpidem Tartrato
ZOLPIDEM	Zolpidem Tartrato
ZOLPREM	Zolpidem Tartrato
ZOPICLONE EG	Zopiclone
ZORAC	Tazarotene

ALLEGATO C - INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME PRIVATO

Assilt nei casi di interventi chirurgici in regime privato (esclusi interventi di odontoiatria), previa autorizzazione della Linea Sanitaria, riconosce un contributo pari al 60% della spesa sostenuta per l'equipe chirurgica, la sala operatoria, la degenza.

Nell'allegato C sono indicati gli interventi chirurgici riconosciuti e la relativa classe di appartenenza.

I contributi massimi erogabili per ogni classe sono i seguenti:

CLASSE	RIMBORSO PREVISTO
1	150 euro
2	500 euro
3	1500 euro
4	6500 euro

La Classe 1 contempla le "Asportazione dermatologiche con o senza esame istologico" per le quali non è necessaria la valutazione della Linea Sanitaria.

I limiti normativi e i contributi previsti sono specificatamente indicati al comma 9 dell'Articolo 29 del testo normativo.

Nel caso in cui sia segnalato ad un dato intervento 2 o più Classi di rimborso, sarà la Linea Sanitaria a definire la Classe in relazione a quanto si desumerà dalla documentazione prodotta.

Si ricorda che la concessione di tali contributi, limitatamente alle Classi 2, 3 e 4, è sempre subordinata alla valutazione della Linea Sanitaria e alla verifica dei requisiti indicati negli articoli 50, 60, 61 e 62 del TUA.

Gli interventi chirurgici non classificati nell'allegato C o eventuali specificità degli stessi che possano determinare una classificazione diversa da quella prevista, saranno valutati dalla Linea Sanitaria per la corretta attribuzione alla classe di appartenenza.

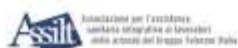
In caso di pernottamento presso la struttura di ricovero, per il comfort alberghiero, se autorizzato dalla Linea Sanitaria, sarà riconosciuto un contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a massimo € 500,00.

Il comfort alberghiero non potrà essere riconosciuto in caso di interventi chirurgici eseguiti in ambito pubblico.

L'elenco aggiornato degli Interventi chirurgici (Allegato C) è consultabile sul sito dell'Associazione <http://www.assilt.it> e per qualsiasi chiarimento è sempre a disposizione la Linea Sanitaria attraverso i consueti canali:



MODELLO ODONTOIATRICO



MODELLO ODONTOIATRICO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Luogo _____ CAP _____

Cure eseguite dal _____ al _____

PARTE GENERALE

		Q.tà	importo totale
PG	02 Rilievo impronte e preparazione modelli di studio		€

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

		Q.tà	importo totale
RX	01 Radiografia endorale		€
RX	03 Radiografia endorale completa delle arcate dentarie		€
RX	05 Ortopantomografia		€
RX	06 Teleradiografia		€

ABLAZIONE TARTARO (vedi note normative)

		Q.tà	importo totale
AB	01 Ablazione del tartaro (senza vincolo di età)		€

LEVIGATURA (vedi note normative)

		Q.tà	importo totale	
AB	02 Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 4 denti - solo sopra i 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

LEGATURA DENTALE (vedi note normative)

		Q.tà	importo totale	
LE	01 Legature dentali extracoronal (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
LE	02 Legature dentali intracoronal (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA (vedi note normative)

		Q.tà	importo totale	
RD	08 Gengivectomia (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
RD	09 Lembo gengivale (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
RD	10 Lembo mucogengivale (courettage a cielo aperto, posiz.apical. - per 4 denti - solo sopra i 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
RD	12 Chirurgia ossea resettiva (incluso il lembo di accesso - ad arcata)	arcata superiore arcata inferiore		€
RD	17 Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali (solo sopra i 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
RD	19 Molaggio selettivo parziale/totale (solo al di sopra dei 16 anni di età)		€	

AMPUTAZIONI RADICOLARI (vedi note normative)

		Q.tà	importo totale	
AM	01 Amputazioni radicolari (per radice, escluso il lembo di accesso)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

PROFILASSI (fino ai 12 anni di età)

		Q.tà	importo totale	
TC	01 Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale di oligoelementi	arcata superiore arcata inferiore	€	
SI	01 Sigillatura di solchi per dente (fino a 12 anni di età, erogabile una sola volta nella vita associativa)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
SI	02 Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpare	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

CHIRURGIA				Q.tà	importo totale
CO	01	Estrazione di dente o radice	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CO	03	Estrazione di un dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito (escluso comp. anestesista)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CO	05	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CO	18	Disinclusione denti ritenuti con estrazione dell'elemento dentale	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CO	20	Disinclusione denti ritenuti senza estrazione dell'elemento dentale	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CO	19	Estrazione di dente soprannumerari	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

RIZOTOMIA				Q.tà	importo totale
RZ	11	Rizotomia	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
AS	01	Intervento per biopsie (escluso esame istologico)			€
AS	02	Apicectomia (cura canalare a parte)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
AS	03	Asportazione di epulide			€
AS	04	Intervento chirurgico preprotetico (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomie, etc.)			€
AS	05	Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, del palato o del labbro e del pavimento orale			€
AS	06	Intervento di rimozione cisti mascellari/mandibolari (qualsiasi sede) incluso l'esame istologico (*)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

(*) Intervento di rimozione cisti mascellare/mandibolari. Per ottenere il contributo è indispensabile allegare alla fattura la copia del referto relativo all'esame istologico. Diversamente è riconosciuto il contributo previsto per l'asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie (ODAS0005).

INTERVENTI DI CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
CH	01	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)			€
CG	02	Grande rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)			€
CH	03	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore destra)			€
CG	04	Piccolo rialzo del seno mascellare (arcata superiore sinistra)			€
DZ	05	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore destra)			€
DZ	06	Distrazione osteo-alveolare (arcata inferiore sinistra)			€

IMPLANTOLOGIA (vedi note normative) ATTENZIONE le cure implantologiche devono essere coerenti tra loro e con le relative protesi.				Q.tà	importo totale
IM	12	Impianto osteointegrato	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
IM	13	Moncone pilastro per protesi su impianto osteointegrato	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

IMPIANTI SU PROTESI TOTALE MOBILE SU ARCATA EDENTULA (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
PI	01	Impianto osteointegrato per protesi mobile totale PR0057 (massimo 2 per emiarcata)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PI	02	Moncone pilastro per protesi totale mobile (massimo 2 per emiarcata)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

IMPIANTI SU PROTESI TOTALE FISSA SU ARCATA EDENTULA (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
IP	01	Impianto osteointegrato per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula SP0000 - SP0001 (massimo 3 per emiarcata)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
IP	02	Moncone pilastro per protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula (massimo 3 per emiarcata)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

RICOSTRUZIONE ARCATA DENTARIA (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
SP	00	Protesi fissa di ricostruzione per arcata superiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica) (inclusi gli elementi dentali)			€

CONSERVATIVA (vedi note normativa)				Q.tà	importo totale
CA	01	Cavità di V° classe di Black	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CN	01	Cavità di 1° classe di Black	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CN	02	Cavità di 2° classe di Black	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CN	04	Cavità di 3° classe di Black	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CN	05	Cavità di 4° classe di Black	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
CN	08	Ricostruzione moncone in materiale composito (terapia conservativa per il posizionamento di una corona)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
ENDODONZIA (vedi note normativa)				Q.tà	importo totale
EN	01	Endodonzia (prestazione ad un canale)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
EN	02	Endodonzia (prestazione a due canali)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
EN	03	Endodonzia (prestazione a tre o quattro canali)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PC	01	Apeificazione (unico contributo e fino a 12 di età)			€
PERNO MONCONE				Q.tà	importo totale
PE	01	Perno moncone su dente naturale (qualsiasi tecnica)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PROTESI PROVVISORIE				Q.tà	importo totale
VV	01	Corona provvisoria in resina	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
VV	04	Protesi mobile parziale provvisoria (solo la struttura)	arcata superiore		€
			arcata inferiore		€
VV	05	Elementi in resina per protesi mobile parziale provvisoria	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
VV	07	Protesi mobile parziale provvisoria (costo non distinto tra struttura ed elementi)	arcata superiore		€
			arcata inferiore		€
VV	06	Elementi per protesi mobile parziale provvisoria	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
VV	03	Protesi mobile totale provvisoria, per arcata (inclusi gli elementi dentali)	arcata superiore		€
			arcata inferiore		€
PROTESI DEFINITIVE (vedi note normativa)				Q.tà	importo totale
PR	07	Corona o elemento di ponte in ceramica, L. P. e ceramica, titanio ceramica, zirconio ceramica (Contributo erogabile solo dietro rilascio del certificato di conformità)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	06	Corona o elemento di ponte in L.N.P. e ceramica	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	04	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	02	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	41	Corona fusa fresata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	42	Corona oro ceramica fresata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	20	Intarsio in composito	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	21	Intarsio in ceramica	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

				Q.tà	importo totale
PR	23	Onlay in composito	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	24	Onlay in ceramica vetrosa	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PROTESI MOBILE (vedi note normative)					Q.tà importo totale
PR	57	Protesi mobile totale per arcata	arcata superiore arcata inferiore		€
OLTRE LA PROTESI					Q.tà importo totale
PA	01	Griglia per protesi totale - ad arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Barra di rinforzo)	arcata superiore arcata inferiore		€
PA	02	Barra di rinforzo per protesi totale in cromo/cobalto ad arcata (oltre alla protesi e alternativa alla Griglia per protesi totale)	arcata superiore arcata inferiore		€
ALTRE PROTESI (vedi note normative)					Q.tà importo totale
SH	01	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	08	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	04	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	09	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	02	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata superiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	10	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	03	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata inferiore			€
PR	64	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	11	Protesi scheletrata in L.P. o titanio- compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)			€
PR	89	Elemento in resina definitivo per protesi scheletrata	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	06	Protesi mobile parziale definitiva in resina	arcata superiore arcata inferiore		€
PR	64	Elemento in resina per protesi mobile parziale definitiva	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	13	Protesi mobile parziale definitiva in resina (costo non distinto tra struttura ed elementi)	arcata superiore arcata inferiore		€
PR	89	Elemento in resina per protesi mobile parziale definitiva	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	05	Maryland bridge (struttura)	arcata superiore arcata inferiore		€
PR	86	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	87	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
SH	12	Maryland bridge (costo non distinto tra struttura ed elementi)	arcata superiore arcata inferiore		€
PR	90	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
PR	91	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più porcellana	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
RIMOZIONE					Q.tà importo totale
RM	01	Rimozione corona od elemento di protesi fissa	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€
RM	02	Rimozione di perno radicolare	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 ² 1 2 3 4 5 6 7 8 ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 ₃ 1 2 3 4 5 6 7 8		€

RIBASAMENTO/RIPARAZIONE (vedi note normative)				Q.tà	importo totale
RI	01	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema diretto	arcata superiore arcata inferiore		€
RI	02	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema indiretto	arcata superiore arcata inferiore		€
RI	03	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema diretto	arcata superiore arcata inferiore		€
RI	04	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema indiretto	arcata superiore arcata inferiore		€
RI	06	Riparazione della copertura in resina/composito/ceramica della struttura metallica delle corone (ad elemento dentale)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

ESAMI		€
RE	01	Registrazione dei rapporti intermascellari con arco facciale e studio del caso in articolatore
RE	02	Registrazione dei rapporti intermascellari con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso

GANCI				Q.tà	importo totale
GA	01	Gancio a filo in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
GA	03	Gancio fuso in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
GA	04	Gancio fuso in L.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

ATTACCHI				Q.tà	importo totale
AT	01	Attacco di semiprecisione fuso in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
AT	02	Attacco di semiprecisione fuso in L.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
AT	03	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.N.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€
AT	04	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.P.	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ² ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ₃		€

Totale generale €

La ricevuta/fattura a saldo lavori n. _____ del _____ è relativa alle prestazioni esposte in questo modello odontoiatrico

Eventuali acconti ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;
 ric/fatt n. _____ del _____ ; ric/fatt n. _____ del _____ ;

Prestazioni odontoiatriche non comprese nel Tariffario Odontoiatrico ma incluse nella documentazione di spesa sopra indicata

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

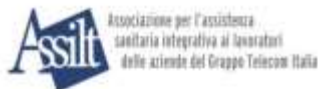
Data: _____

cambiare il numero del quadrante in caso di denti decidui	⁵ / ₁ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ² / ₆
	⁸ / ₄ 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 ³ / ₇

RIEPILOGO DELLA NORMATIVA ODONTOIATRICA (Testo Unico ASSILT Articolo 21 - Condizioni di erogazione dei contributi) <i>(leggere con attenzione)</i>
<p>a. Visite specialistiche e predisposizione piano di cura Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione del piano di cura.</p>
<p>b. Trattamenti conservativi/endodontici Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti conservativi, non sono erogabili per lo stesso elemento contributi per eventuali trattamenti conservativi o endodontici successivi se non trascorsi almeno 5 anni dalla precedente contribuzione. Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per trattamenti endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento nuovi contributi per eventuali trattamenti conservativi o endodontici successivi, se non trascorsi almeno 5 anni dalla precedente contribuzione. La prestazione ODCAD001 (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. 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 successivamente alla terapia endodontica prima di posizionare un manufatto protesico (corone di qualsiasi tipo, onlay, intarsio). Le prestazioni di "conservativa" non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura e per lo stesso elemento dentale con le seguenti prestazioni: "Ricostruzione moncone in materiale composito e amalgama", "corone" di qualsiasi tipo, "onlay o inlay (intarsio)". Per i seguenti trattamenti conservativi/endodontici non sono previste erogazioni di contributi oltre il 12° anno di età: - sigillatura dei solchi per dente (contributo erogabile una sola volta per elementi dentali mai sottoposti ad alcuna terapia conservativa, endodontica o protesica); - trattamento chimico della ipersensibilità con oligoelementi (per arcata - ogni 18 mesi); - amputazione coronale della polpa (per elemento dentale - contributo erogabile una sola volta); - apicizzazione (un unico contributo).</p>
<p>c. Igiene orale, Parodontologia e trattamenti ASSILT non riconosce contributi per levigatura delle radici, courettage gengivale, legatura dentale, molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati a iscritti di età inferiore ai 16 anni, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico. 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 Per le prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici e legature dentali, ASSILT non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non trascorsi 12 mesi dalla precedente contribuzione. Le prestazioni di ablazione tartaro e levigatura delle radici e/o courettage gengivale sono alternative tra loro nello stesso piano di cura. Le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura.</p>
<p>d. Denti soprannumerari Sono erogabili contributi per l'estrazione dei denti "soprannumerari" se opportunamente documentati con certificato del dentista curante.</p>
<p>e. Protesi ed implantologia In caso di erogazione di un contributo per la ricostruzione o sostituzione di un elemento dentale, sia in protesi fissa che rimovibile, devono trascorrere almeno 7 anni dal precedente trattamento protesico per l'erogazione di un nuovo contributo per intervento protesico sullo stesso dente. Il limite dei 7 anni non sarà considerato nei casi di erogazioni riferite a riparazioni o ribasamenti della protesi totale e/o riparazione della copertura in ASSILT non riconosce contributi in caso di perdita di un elemento o di tipo impianto osteointegrato tranne particolari casi da sottoporre alla Linea Sanitaria ASSILT - edentulia o perdita di elementi naturale pilastro Il contributo per la "Protesi fissa di ricostruzione dell'arcata edentula su impianti osteointegrati" è erogabile per ogni arcata una sola volta nella vita associativa. In caso di realizzazione di un manufatto protesico "corona o elemento di ponte in ceramica, in Lega Preziosa e ceramica o titanio e ceramica" è indispensabile allegare alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista curante. Sono erogabili contributi per la "protesi scheletrata" (ODSH0001 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6) distinti da quelli previsti per gli "elementi in resina" (ODPROD64). Neila documentazione di spesa dovranno, pertanto, essere indicati separatamente il costo della struttura ed il costo degli elementi. Se dalla documentazione di spesa non si evince il costo della struttura (protesi mobile parziale provvisoria o fissa, protesi scheletrata o Maryland Bridge) distinto da quello degli elementi dentali, sarà riconosciuto un contributo minore (vedi Allegato A - Tariffario odontoiatrico), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate. E' comunque indispensabile specificare gli elementi dentali interessati. Sono erogabili contributi per gli "attacchi" e per i "ganci" solo nel caso in cui vengano realizzati manufatti protesici tipo protesi parziale o protesi scheletrata. Sono erogabili contributi per massimo 2 impianti per emiarcata in caso di protesi totale mobile su arcata edentula. Sono erogabili contributi per massimo 3 impianti per emiarcata in caso di protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula.</p>
<p>f. Interventi di chirurgia implantologica e di piccola chirurgia ASSILT prevede un contributo erogabile "una sola volta nella vita associativa per emiarcata" per gli interventi di piccolo rialzo e grande rialzo del seno mascellare e per gli interventi di distrazione osteo-alveolare mandibolare, sulla base di quanto indicato dal proprio Tariffario Generale. Nuovi contributi per "altri interventi di chirurgia implantologica", potranno essere corrisposti trascorsi almeno 7 anni dall'ultimo contributo erogato. Gli interventi di "piccolo rialzo" e "grande rialzo" del seno mascellare sono alternativi tra loro nello stesso piano di cura e per la stessa emiarcata. Il contributo per la "Distrazione osteo-alveolare" è erogabile ad emiarcata e per la sola arcata inferiore. Nello stesso piano di cura sono concedibili contributi per entrambe le emiarcate inferiori previo parere Consulente Nazionale Odontoiatrico che valuterà la presenza di "edentulia bilaterale posteriore" opportunamente documentata da un supporto diagnostico (radiografica ortopantomica) e da una dettagliata dichiarazione del dentista curante. Per l'intervento di rimozione di cisti mascellare/mandibolare è indispensabile allegare, alla documentazione di spesa, la copia del referto dell'esame istologico.</p>
<p>h. Terapie odontoiatriche eseguite in ambito pubblico (Articolo 23 - Cure odontoiatriche e Terapie ortodontiche eseguite in ambito pubblico) - Per le cure odontoiatriche eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie. Il socio dovrà dichiarare (possibilmente la struttura stessa) che sta eseguendo le terapie fatturate indicando la data presunta di fine cura. Trascorsi 18 mesi dalla data della fattura, ASSILT considererà conclusi i lavori e potrà disporre i relativi accertamenti odontoiatrici. Nel caso in cui le cure non venissero completamente eseguite il socio è tenuto ad informare tempestivamente l'Associazione ed a restituire i contributi eccedenti.</p>
<p>Questa pagina normativa non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico</p>

MODELLO ORTODONTICO

MODELLO ORTODONTICO



Cognome e Nome _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Luogo _____ CAP _____

CHECK-UP

			Importo
			(Indicare l'importo totale se richiesta la quantità delle prestazioni eseguite)
CK	00	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio	€
CK	02	Ortopantomografia	€
CK	03	Teleradiografia del cranio in proiezione perfetta con cefalostato	€
CK	04	Teleradiografia del cranio in proiezione postero-anteriore con cefalostato	€
CK	05	Teleradiografia del cranio in proiezione sub-mento vertice con cefalostato	€
CK	07	Rx occlusale - <i>Indicare quantità di radiografie eseguite</i> _____	€
CK	08	Rx endorale (ogni due denti) - <i>Indicare la quantità di radiografie eseguite</i> _____	€
CK	09	Tracciato ed analisi cefalometrica	€
CK	10	Serie fotografica (otto)	€
CK	11	Analisi degli spazi con set-up	€
CK	12	Esame elettromiografico	€
CK	13	Esame kinesiografico	€
FZ	01	Bite/Placca funzionalizzata per problemi articolazione temporo-mandibolare (erogabile due volte nella vita associativa)	€

TERAPIA PREVENTIVA INTERCETTIVA (erogabile solo prima e separatamente dalla terapia attiva - vedi note)

			Importo
PV	01	Preventiva-intercettiva con Mantentore di spazio fisso	€
PV	02	Preventiva-intercettiva con Mantentore spazio mobile	€
PV	04	Preventiva-intercettiva a Griglia fissa	€
PV	05	Preventiva-intercettiva con Griglia su app. amovibile	€
PV	06	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per chiusura diastemi	€
PV	07	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per correzione cross-bite	€
PV	08	Preventiva-intercettiva con Bande per ausiliario per aperture morso	€

TERAPIA ATTIVA (Contributi erogabili per massimo tre anni e una sola volta nella vita associativa)

PRIMO ANNO DI CURA (vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____

Importo

TP	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - 1 ^a anno	€
TP	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€

Terapia con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (ammessi cambi di classe scheletrica solo tra il 1° e il 2° anno di cura attiva)

TP	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€
TP	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€

Terapia senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (non ammessi cambi di classe scheletrica nel corso della cura)

TP	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€
TP	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 1 ^a anno	€
TP	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 1 ^a anno	€

SECONDO ANNO DI CURA ATTIVA (vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____

Importo

TT	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - 2 ^a anno	€
TT	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€

Terapia con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (ammessi cambi di classe scheletrica solo tra il 1° e il 2° anno di cura attiva)

TT	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€
TT	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€

Terapia senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (non ammessi cambi di classe scheletrica nel corso della cura)

TT	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€
TT	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 2 ^a anno	€
TT	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 2 ^a anno	€

TERZO ANNO DI CURA ATTIVA (ultimo anno - vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____

Importo

TV	01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - 3 ^a anno	€
TV	02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€

Terapia con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (non ammessi cambi di classe scheletrica)

TV	03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€
TV	05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€

Terapia senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (non ammessi cambi di classe scheletrica)

TV	07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€
TV	09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - 3 ^a anno	€
TV	10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - 3 ^a anno	€

SEMESTRE (Termine della cura attiva - erogabile dopo il primo o il secondo anno - vedi note normative)

Cure eseguite dal _____ al _____		Importo
TU 01	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. rimov. e funz. - ult. sem.	€
TU 02	Correzione anomalie di classe 1 ^a di Angle e di classe 1 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€

Terapia con copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (non ammessi cambi di classe scheletrica)

TU 03	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU 04	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€
TU 05	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU 06	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€

Terapia senza copia del tracciato e dell'analisi cefalometrica (non ammessi cambi di classe scheletrica)

TU 07	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU 08	Correzione anomalie di classe 2 ^a di Angle e di classe 2 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€
TU 09	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. rim. o funz. - ult. sem.	€
TU 10	Correzione anomalie di classe 3 ^a di Angle e di classe 3 ^a basale con app. fisse o miste - ult. sem.	€

CONTENZIONE (vedi note normative)

Importo

DT 01	Contenzione a mezzo di Positioner preformati	€
DT 02	Contenzione a mezzo di Placche di Hawley	€
DT 03	Contenzione a mezzo di Arche linguali	€
DT 04	Contenzione a mezzo di Scheletrato	€

Totale piano di cura

€

La ricevuta/fattura a saldo lavori n. _____ del _____ è relativa alle prestazioni sopra esposte in questo modello odontoiatrico

Eventuali acconti:

ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;
 ric/fatt n. _____ del _____; ric/fatt n. _____ del _____;

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Data _____

RIEPILOGO DELLA NORMATIVA ODONTOIATRICA (Testo Unico ASSILT - Articolo 22 Ortodonzia - Condizioni e modalità di erogazione dei contributi)*(leggere con attenzione)***Ortognatodonzia**

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

ASSILT per problemi temporo-mandibolari eroga contributi per la placca funzionalizzata per due volte nel rapporto associativo.

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

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

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

Modalità di concessione dei contributi

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

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

Inizio del trattamento ortodontico attivo e successivi anni di cura:

- la documentazione di spesa (acconto e saldo) deve essere inoltrata al fine della liquidazione del rimborso in modo distinto per ogni anno di cura e posticipatamente all'effettuazione della cura;
- la documentazione di spesa a saldo del "primo" anno di cura ortodontica attiva dovrà essere datata a terapia già effettuata; nella documentazione di spesa a saldo, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del primo anno di cura attiva (almeno 12 mesi dall'inizio della terapia ortodontica);
- la documentazione di spesa a saldo del "secondo" e "terzo" anno di cura potranno essere datate con un anticipo massimo di 60 giorni rispetto alla data della fattura dell'anno precedente; nella documentazione di spesa a saldo del "secondo" e del "terzo" anno, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del secondo, del terzo anno o dell'ultimo semestre di cura attiva;
- ASSILT non riconosce contributi per semestri di cura tranne a fine della terapia attiva nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine del semestre di cura attiva;
- per la contenzione è previsto un contributo (per entrambi le arcate) "una tantum" (una sola volta nella vita associativa) nell'intero periodo di cura, erogabile anche durante la terapia attiva o successivamente alla terapia preventiva intercettiva.

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

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

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

Tra il primo e il secondo anno di cura ortodontica sono ammessi cambi di classe scheletrica (dalla 1^a alla 2^a oppure dalla 2^a alla 3^a classe) 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 (Articolo 51).

Cure ortodontiche eseguite in ambito pubblico (Articolo 23 - Cure odontoiatriche e Terapie ortodontiche eseguite in ambito pubblico)

- Per le *terapie ortodontiche* eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie stesse. E' indispensabile una dichiarazione che indichi la data presunta di fine cura. Oltre tale data Assilt può disporre accertamenti odontoiatrici.

Questa pagina normativa non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico

appunti

Periodico di informazione dell'Assilt

n° 33
2022



ASSOCIAZIONE PER
L'ASSISTENZA SANITARIA
INTEGRATIVA
AI LAVORATORI DELLE AZIENDE
DEL GRUPPO TELECOM ITALIA