

appunti

Periodico di informazione dell'Assilt

n°
34

2023



In questo numero:

TESTO UNICO ASSILT 2023

- ✓ **INIZIATIVE RIVOLTE ALLE PERSONE FRAGILI**
- ✓ COME CONTATTARE L'ASSOCIAZIONE
- ✓ APERTURA SPORTELLI SANITARI
- ✓ DICHIARAZIONE DEI REDDITI 2023
- ✓ NUMERO VERDE IN CHIARO
- ✓ VERIFICHE SANITARIE E AMMINISTRATIVE

ASSILT

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

Nel discorso di fine anno del 2018, il Presidente Mattarella parlava agli italiani del Servizio Sanitario Nazionale con queste parole: "Abbiamo da poco ricordato i 40 anni del SSN. E' stato - ed è - un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia. Che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali. Non mancano difetti e disparità da colmare. Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare". A distanza di qualche anno, e con una pandemia nel mezzo, il dubbio è forte che il SSN riesca ancora ad avere un ruolo centrale per lo sviluppo del paese e riesca a perseguire i principi per cui è stato istituito, di universalità, uguaglianza ed equità in riferimento a quanto contenuto nell'art.32 della Costituzione. Sempre più spesso assistiamo a reportage su un sistema sanitario che mostra una crescita costante di carenze e con liste d'attesa interminabili, che non hanno più confini geografici o di tipologia di prestazione. Perfino i grandi centri di eccellenza nazionale denunciano difficoltà economiche causate dai maggiori costi per la pandemia e mai sanati completamente. Ma al deficit delle risorse si sta aggiungendo una criticità ancor più grave e profonda,



cioè al progressivo spopolamento degli operatori sanitari. Un recente sondaggio rileva che un operatore su tre sta valutando le dimissioni, a prescindere che sia un medico o un infermiere, perché reputa che il clima e i ritmi di lavoro nel pubblico siano insostenibili. Per non parlare poi di un livello economico inadeguato per le responsabilità assunte e imparagonabile ai loro pari nell'unione europea.

Nel 2019 il rapporto GIMBE (Fondazione indipendente che non ha nessun tipo di supporto istituzionale o commerciale) dichiarava uno stato di salute del SSN critico, un paziente con patologie mai risolte diventate croniche. Dove l'universalismo non esisteva più nella realtà e dove la salute era diseguale a seconda della regione, o addirittura del CAP in cui ci si trova. La stessa istituzione oggi ha modificato le sue parole chiave: non si può più parlare di salvare il sistema sanitario pubblico ma di rilanciarlo, perché quello che oggi abbiamo non è più possibile salvarlo. Quale è il reale stato di salute del SSN e cosa ci possiamo aspettare da esso? Che fine farà il sistema pubblico che per oltre 40 anni ci ha accompagnato nella crescita del paese?

Sono domande che spesso ci poniamo come cittadini ogni qualvolta si presenti il bisogno di una prestazione specialistica, di un intervento chirurgico o più semplicemente di una visita medica. Ma è ancora più importante per ASSILT porsele, perché monitorare gli sviluppi e le prospettive del legislatore sul SSN risulta fondamentale per tracciare il ruolo integrativo per i nostri soci.

Alcune istituzioni come l'OCPS della Bocconi, raccogliendo attorno a sé i vari stakeholder che contribuiscono all'offerta sanitaria nella nostra penisola, stanno provando a delineare una nuovo equilibrio del servizio pubblico e di quello privato. Una riorganizzazione che riesca a recuperare quei principi di universalità, uguaglianza e equità oramai persi. Ma resterà sempre in capo al legislatore fare quelle scelte che da troppo tempo si attendono!

L' "autonomia differenziata", in discussione proprio in questi mesi, potrebbe non essere la risposta migliore per riaverli, anzi, forse sarà la sentenza definitiva per la loro scomparsa.

L'evoluzione dell'offerta sanitaria e le mosse del legislatore sui fondi sanitari però, per noi di Assilt, non sono l'unico fronte aperto che possono modificare profondamente il nostro ruolo e la nostra funzione. In questi anni stiamo assistendo al progressivo mutamento dello scenario del gruppo TIM. Un cambiamento che porterà una forte discontinuità con il passato, e che potrà impattare pesantemente sui conti e le prospettive dell'associazione.

Queste sono le attenzioni che stiamo ponendo in essere con il maggiore sforzo possibile, e continueremo a farlo con lo spirito e la volontà di poter tracciare ancora un lungo futuro per l'ASSILT. Perché sappiamo bene quale è stato il servizio reso in questi 40 anni, un sostegno insostituibile per tutti quei disagi che talvolta irrompono nella nostra vita e che da soli non riusciremmo a sostenere.

La nostra mission è stata e resterà, fino a che ce ne verrà data la possibilità, di essere quell' "isola di certezza" per i nostri associati. Per sostenerli quando ce ne è bisogno, e di aiutarli a raggiungere quello stato di benessere che trasforma la nostra vita in qualcosa di straordinario.

Il Presidente - Pierpaolo Tartabini

dall'Interno

06

Come contattare l'associazione

07

Iniziative rivolte alle persone fragili

12

Apertura sportelli sanitari

13

Numero verde in chiaro

14

Verifiche sanitarie e amministrative

15

Dichiarazione dei Redditi 2023

16

Semplificazioni in arrivo...

Testo Unico Assilt 2023

17 Titolo 1 – Dell'adesione all'Associazione

Art. 1 - Oggetto del Testo Unico Assilt	Pag.17
Art. 2 - Destinatari, Soci	Pag.17
Art. 3 – Beneficiari	Pag.17
Art. 4 - Adesione	Pag.19
Art. 5 - Contribuzione	Pag.19
Art. 6 - Diritto alle prestazioni	Pag.19
Art. 7 - Verifiche sanitarie e amministrative	Pag.20
Art. 8 - Sospensione cautelativa diritto alle prestazioni	Pag.21
Art. 9 - Cessazione del rapporto associativo	Pag.21
Art.10 - Sospensione e interruzione del rapporto di lavoro	Pag.22
Art.11 - Nuova adesione	Pag.22
Art.12 - Tardiva Iscrizione	Pag.22

23 Titolo 2 – Prestazioni Sanitarie

Art. 13 - Norme generali	Pag.23
Art. 14 - Contributo alla spesa sanitaria	Pag.23
Art. 15 - Temporizzazioni e massimale	Pag.25
Art. 16 - Documentazione sanitaria e fiscale	Pag.25
Art. 17 - Trasmissione delle richieste di contributo	Pag.27
Art. 18 - Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale	Pag.27
Art. 19 - Odontoiatria e Ortodonzia - Norme Generali	Pag.27
Art. 20 - Odontoiatria e Ortodonzia - Anticipi e Prestiti	Pag.28
Art. 21 - Odontoiatria - Condizioni di erogazione dei contributi	Pag.29
Art. 22 - Ortodonzia - Condizioni e modalità di erogazione dei contributi	Pag.31
Art. 23 - Cure odontoiatriche e Terapie ortodontiche eseguite in ambito pubblico	Pag.32
Art. 24 - Oculistica - Occhiali da vista	Pag.33
Art. 25 - Oculistica - Occhiali da vista - Limiti e Temporizzazione	Pag.34
Art. 26 - Oculistica - Lenti a contatto	Pag.34
Art. 27 - Oculistica - Lenti a contatto - Limiti e Temporizzazione	Pag.35
Art. 28 - Protesi e presidi sanitari	Pag.35
Art. 29 - Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici	Pag.38

Art. 30 - Esami di laboratorio	Pag.45
Art. 31 - Farmaci	Pag.46
Art. 32 - Ticket sanitari	Pag.47
Art. 33 - Terapia infiltrativa, iniettiva, agopuntura e nucleolisi	Pag.48
Art. 34 - Visite specialistiche, visite dei professionisti della terapia psicologica, consulenze nutrizionistiche	Pag.50
Art. 35 - Fecondazione assistita in regime privato	Pag.52
Art. 36 - Terapie fisiche, logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale	Pag.52
Art. 37 - Ostetricia	Pag.53
Art. 38 - Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione	Pag.54
Art. 39 - Psicoterapia	Pag.55
Art. 40 - Assistenza sanitaria domiciliare o ospedaliera	Pag.55
Art. 41 - Ricoveri post-acuti e cronici	Pag.56
Art. 42 - Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità	Pag.57
Art. 43 - Visita medica specialistica di Alta Consulenza	Pag.59
Art. 44 - Visite mediche specialistiche ulteriori	Pag.60
Art. 45 - Interventi chirurgici di Alta qualifica	Pag.60
Art. 46 - Terapie oncologiche	Pag.61
Art. 47 - Disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi comportamentali	Pag.61
Art. 48 - Gravi patologie Oro-dentali	Pag.61
Art. 49 - Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro	Pag.62
Art. 50 - Chirurgia maxillo-facciale	Pag.62
Art. 51 - Trattamenti ortodontici pre-protetici; nuovi periodi di cura ortodontica	Pag.62
Art. 52 - Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario	Pag.63
Art. 53 - Riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe, da gioco	Pag.64
Art. 54 - Alimenti specifici per gravi patologie	Pag.64
Art. 55 - Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori	Pag.65
Art. 56 - Terapia Fisica – Casi di particolare interesse sanitario	Pag.66
Art. 57 - Erogazioni straordinarie	Pag.67
Art. 58 - Trasporto in autoambulanza	Pag.68
Art. 60 - Interventi chirurgici generici in regime privato	Pag.68
Art. 61 - Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato	Pag.69
Art. 62 - Chirurgia Oculistica in regime privato	Pag.69
Art. 63 - Ausili per incontinenza	Pag.70
Art. 65 - Misuratore Glicemico	Pag.70

71 Titolo 3 - Altre disposizioni

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

Documenti

77 Allegato A
Tariffe massime erogabili
per le prestazioni
odontoiatriche

84 Allegato B
Prontuario
Farmaceutico
Integrativo ASSILT

92 Allegato C
Classi Interventi chirurgici in
regime privato

Modelli

93 Modello Odontoiatrico 2023

99 Modello Ortodontico 2023

Allegati

Salute in Linea



Vademecum 2023



dall'Interno

COME CONTATTARE L'ASSOCIAZIONE

Come entro in contatto con l'Associazione?

Posso utilizzare una di queste tre modalità **alternative** tra loro:

Scelgo il canale "Assilt ti chiama"

Vado alla pagina di accesso del servizio raggiungibile dalla home page del sito Assilt, inserisco la mia utenza e la mia password ed entro nel sistema, compilo la mia richiesta di informazioni ed invio la richiesta.

Nel minor tempo possibile e comunque entro un massimo di 3 giorni lavorativi ricevo una risposta via e-mail o vengo contattato da un operatore e ricevo tutte le informazioni richieste.

**Prenoto una richiamata di un operatore del Contact Center**

Chiamo il numero verde 800-462-462, seguo le indicazioni per prenotare una richiamata di un operatore.

Nel minor tempo possibile e comunque entro un massimo di 3 giorni lavorativi vengo contattato dall'operatore al quale farò la mia richiesta di informazioni.



E' importante sapere che l'operatore chiamerà utilizzando il numero verde 800-462-462, in alternativa uno di questi prefissi: 081 oppure 06.

Chiamo il numero verde 800 462 462

Chiamo il numero verde nei giorni ed orari in cui il servizio è disponibile, attendo con pazienza il mio turno per parlare con un operatore.

Giorni ed orari:

Per tutti i soci dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi, dalle ore 9:30 alle ore 12:30.
Per i soli soci pensionati anche il martedì e giovedì dalle ore 14:30 alle ore 16:00.



dall'Interno

INIZIATIVE RIVOLTE ALLE PERSONE FRAGILI

Scrivere e parlare sulla disabilità non è mai semplice. Nemmeno scegliere le parole giuste su questo tema è semplice. Ma vogliamo provarci per raccontare dell'attenzione che l'Assilt, da sempre, dedica al miglioramento della relazione con tutti i suoi assistiti ed in special modo dell'impegno a favore di quelli più fragili, dei Soci che hanno delle disabilità importanti, che si trovano ad affrontare situazioni molto difficili, di malattie irreversibili, che molto spesso non solo non regrediscono ma, anzi, sviluppano ed ingrandiscono i disagi e le dipendenze da familiari o da professionisti sanitari.

*Diversi anni fa, raccogliendo i bisogni dei Soci, abbiamo cominciato ad **ampliare il Testo Unico Assilt** con tutte le terapie, le prestazioni e le tutele necessarie ai nostri Associati, integrando i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.*

Così abbiamo **integrato le tutele dell'Associazione con i rimborsi per le terapie non convenzionali**, le terapie cognitivo-comportamentali per chi soffre di disturbi dello sviluppo di tipo autistico, i contributi per i ricoveri presso le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) per i soci che dipendono totalmente e permanentemente da altre persone e non sono in grado di compiere neanche gli atti più semplici della vita quotidiana.

E ancora, **la differenziazione di contribuzione con una maggiore attenzione per i Soci affetti da disabilità relativamente ad alcune terapie**, il limite reddituale per i familiari maggiorenni che si trovano nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro raddoppiato rispetto a quello periodicamente stabilito.

E ancora, solo ultima in termini di tempo, la **delibera del Consiglio di Amministrazione che ha prorogato di 12 mesi le date scadute per la revisione dei verbali Inps** a causa della sospensione delle visite per l'accertamento sanitario degli stati di invalidità e disabilità determinata dalla fase emergenziale legata alla crisi epidemiologica da COVID-19.

L'impegno dell'Associazione non si ferma, continuiamo a chiederci cosa possiamo fare ancora, come possiamo fare di più e meglio.

Per questa ragione, stiamo pensando di snellire ulteriormente alcune procedure, di innalzare altri contributi e di migliorare alcune tutele per i Soci più fragili ma anche per i loro familiari essendo consapevoli che prendersi cura ed assistere una persona non autosufficiente è molto dispendioso sia in termini di energie fisiche che di coinvolgimento psicologico per non parlare delle forze emotive spesso profuse per il riconoscimento dei propri diritti.

Stiamo quindi lavorando per dare priorità alle richieste di contatto che queste persone potranno avere con le Assistenti Sanitarie, per rafforzare un rapporto di fiducia e di conoscenza reciproca, alle richieste di autorizzazioni per le prestazioni sanitarie previste dall'Associazione ma anche alle richieste di rimborsi che provengono dai nuclei familiari che vivono queste difficoltà, per cercare di dare un aiuto tangibile laddove le terapie o le cure rappresentano una spesa consistente e soprattutto costante che incide mensilmente sul bilancio familiare.



Non ultima la sinergia con il Cralt con il quale vogliamo riprendere l'iniziativa che ci ha già visti coinvolti lo scorso anno ma che la prossima estate vorremmo realizzare in modo più strutturato. Si tratta di un progetto avente finalità assistenziali, ricreative ma soprattutto di inclusione delle persone diversamente abili all'interno delle normali attività ludiche di un villaggio vacanze **"Insieme si può"**, questo il nome dell'iniziativa, si concretizzerà in un servizio di assistenza personalizzato in relazione alla disabilità di ognuno, partendo da un'analisi funzionale dei singoli partecipanti tramite l'utilizzo di schede di rilevazione e colloqui di una psicologa con le famiglie. Il progetto vedrà la partecipazione di una équipe multidisciplinare, composta da professionisti dell'assistenza e animatori professionisti che faciliteranno l'accesso ai servizi e alle attività ludico ricreative del villaggio, in maniera discreta e inclusiva.

L'iniziativa sarà rivolta a tutti i beneficiari "figli" iscritti nell'anagrafica dell'Assilt ed in possesso delle certificazioni di invalidità di grado grave previsti a norma di legge e rientranti nella fascia di età 0-50 anni.

Durante lo svolgimento del soggiorno sarà attivo uno sportello informativo "Assilt in ascolto" dove potranno essere supportati i soci per facilitare la gestione delle disabilità e la comprensione degli aspetti normativi che regolano l'accesso alle prestazioni.

Insieme si può – fare, Assilt e Cralt insieme ma anche l'Associazione e i suoi soci così come la famiglia è unita ed "Insieme" tutti i membri sono impegnati per raggiungere il massimo livello di assistenza, di cura, di inclusione e abbattimento delle barriere sulla concezione della diversità.

A prescindere dalle proprie condizioni, ognuno ha il diritto di affermare la propria individualità e tutte le esperienze possono sicuramente diventare un buon inizio per un futuro più consapevole e inclusivo.

In sintesi, Assilt aumenterà la sua attenzione verso le persone fragili intervenendo:

Sul TUA, che dal 2023 registrerà:

un incremento dei rimborsi per le sedute di Psicoterapia e dei relativi massimali che verranno estesi anche agli aderenti all'Associazione appartenenti alla famiglia anagrafica della persona interessata dalla disabilità;
una maggiore flessibilità per le erogazioni straordinarie;
un incremento dei contributi per le protesi ed i presidi.

Sul caring, attivando entro l'anno corsie preferenziali per le richieste di contatto, le autorizzazioni ed i rimborsi e prevedendo un supporto delle Assistenti Sanitarie di maggiore prossimità. Verrà inoltre promossa l'iniziativa "Insieme si può", già descritta in precedenza, per la quale nei prossimi giorni verrà inviata una specifica informativa alle persone potenzialmente interessate.

*Ci piace concludere questa comunicazione con una frase di **Alda Merini**:*

*'Chi decide chi è normale?
La normalità è una invenzione di chi è privo di fantasia.'*

dall'Interno

INIZIATIVE RIVOLTE ALLE PERSONE FRAGILI

Insieme si può

INSIEME SI PUÒ è un progetto che si pone un piccolo, concreto obiettivo: quello di permettere alle famiglie che convivono con le quotidiane difficoltà derivanti dalla gestione della disabilità di un/a figlio/a di godere di una settimana di vacanza, il più possibile serena e sicura.

Alla base di questa possibilità c'è un'esperienza pregressa del **Cralt** che negli anni scorsi ha attivato in occasione del **"Meeting delle famiglie"** un servizio di assistenza con un team di personale professionalmente qualificato, in grado di garantire sia ai figli che alle famiglie una settimana di inclusione ed integrazione.

Quest'anno **Assilt e Cralt** hanno deciso di unire le forze per rendere il servizio più strutturato e, quindi, ancora più rispondente ai bisogni dei partecipanti.

Meeting delle famiglie, come è andata...

I positivi risultati riscontrati sono stati conseguiti grazie ad un lavoro preparatorio che ha consentito agli incaricati dell'**Associazione Augustus** (il cui sostegno e supporto è stato fondamentale) di conoscere preventivamente le difficoltà e le necessità di ogni partecipante diversamente abile attraverso le indicazioni fornite dai familiari, cosa che ha consentito di individuare le competenze più adeguate a garantire la necessaria assistenza.

Tra i partecipanti al soggiorno hanno inizialmente aderito all'iniziativa **"Insieme si può"** 32 beneficiari diversamente abili ma il numero si è innalzato trascorsi i primissimi giorni che sono serviti per alcuni diretti interessati a superare, grazie alle capacità persuasive degli incaricati dell'Associazione Augustus qualche comprensibile "diffidenza" ed a coinvolgersi nelle attività quotidiane. I partecipanti complessivi sono stati quindi 40, quasi il triplo degli aderenti mediamente registrati negli anni passati.

La settimana del soggiorno è stata caratterizzata dal pieno coinvolgimento di tutti gli aderenti nelle attività artistiche, ricreative, ludiche e sportive favorendo inoltre la loro partecipazione anche alle attività del villaggio turistico, come ad esempio i momenti di ballo collettivo, per garantire il principio di "normalità" cui ci si è ispirati nella fase di costruzione del progetto.



INIZIATIVE RIVOLTE ALLE PERSONE FRAGILI

Protocollo di intesa con Anffas Nazionale

Dal mese di aprile 2022, dove il Consiglio di Amministrazione ha promosso lo sviluppo e l'accrescimento di iniziative rivolte alle persone fragili, l'Assilt è riuscita a dare il via a diversi progetti.

Tra questi, nelle scorse settimane abbiamo rendicontato con grande soddisfazione l'iniziativa - Insieme si può- realizzata assieme al CRALT, dove i feedback ricevuti hanno manifestato vivo apprezzamento e stimolato a ripetere l'iniziativa per far vivere l'esperienza a molte più famiglie.

Ma Assilt continua ad essere attiva sul fronte dell'attenzione al tema della disabilità ed in tal senso la nostra Associazione ha compiuto un altro passo in avanti con la sottoscrizione di un protocollo di intesa con **Anffas Nazionale - Associazione Nazionale di Famiglie e Persone con Disabilità Intellettive e Disturbi del Neurosviluppo**, operante per la promozione, tutela ed il supporto in favore delle persone con disabilità e dei loro familiari.

Il nostro Presidente Pierpaolo Tartabini e il Presidente di Anffas Roberto Speziale hanno firmato in data 26 settembre u.s., un accordo che ci consentirà di promuovere, all'interno dei servizi di ASSILT, attività che tendano a migliorare la gestione delle fragilità dei nostri associati, e ad accrescere la cultura dei temi sulla disabilità ponendo particolare riguardo alla conoscenza e all'affermazione del modello basato sui diritti umani, civili e sociali, e sulla qualità di vita delle persone con disabilità e dei loro familiari.



Continua quindi l'impegno della nostra Associazione ad essere migliore nel rapporto con i propri aderenti e le loro famiglie, proseguendo quel percorso che ci porterà ad aumentare la qualità dei servizi resi e a diffondere quella visione che promuove la diversità come fonte di arricchimento e crescita.



dall'Interno

APERTURA SPORTELLI SANITARI

Nell'ambito di un graduale ritorno alla normalità,

dal mese di ottobre sono state ripristinate le attività di sportello fisico che in questa fase, per motivi organizzativi, interesseranno solo le sedi riportate nel seguente calendario e solo gli sportelli della Linea Sanitaria presidiati da Assistenti Sanitari.

Di seguito il calendario degli sportelli in riapertura con l'indicazione dei giorni e degli orari di funzionamento.

Regione	Città	Indirizzo	Giorno	Orario
Piemonte	Torino	Via Isonzo, 112 (Piano rialzato, Stanza n.2)	Giovedì (1° giovedì del mese)	09:30/12:30
Lombardia	Milano	Via Pietro Crespi, 1 (Piano Terra)	Giovedì (1° giovedì del mese)	09:30/12:30
Veneto	Mestre	Via Esiodo, 5	Giovedì (1° giovedì del mese)	11:30/14:30
Toscana	Firenze	Via Viuzzo dé Bruni, 10	Giovedì (1° giovedì del mese)	09:30/12:30
Emilia-Romagna	Bologna	Via Del Pallone 5 (Piano Terra)	Giovedì (2° giovedì del mese)	09:30/12:30
Lazio	Roma	Via delle Conce, 10 (Piano Terra)	Giovedì (1° giovedì del mese)	09:30/12:30
Campania	Napoli	Centro Direzionale, Isola F6 (2° Piano)	Giovedì (1° giovedì del mese)	09:30/12:30
Puglia	Bari	Via Pietro Oreste, 20 (5° piano)	Giovedì (1° giovedì del mese)	10:00/13:00
Sicilia	Palermo	Via Ugo La Malfa, 159 (Piano Terra)	Giovedì (1° giovedì del mese)	09:30/12:30

In linea con le indicazioni governative, si raccomanda ai Soci che accederanno agli sportelli presso le sedi aziendali di assumere comportamenti di contrasto alla diffusione del coronavirus con particolare riferimento al distanziamento sociale e all'uso della mascherina di tipo FFP2.

Per qualunque esigenza informativa e per tutte le informazioni di carattere amministrativo restano a disposizione i consueti canali di comunicazione:

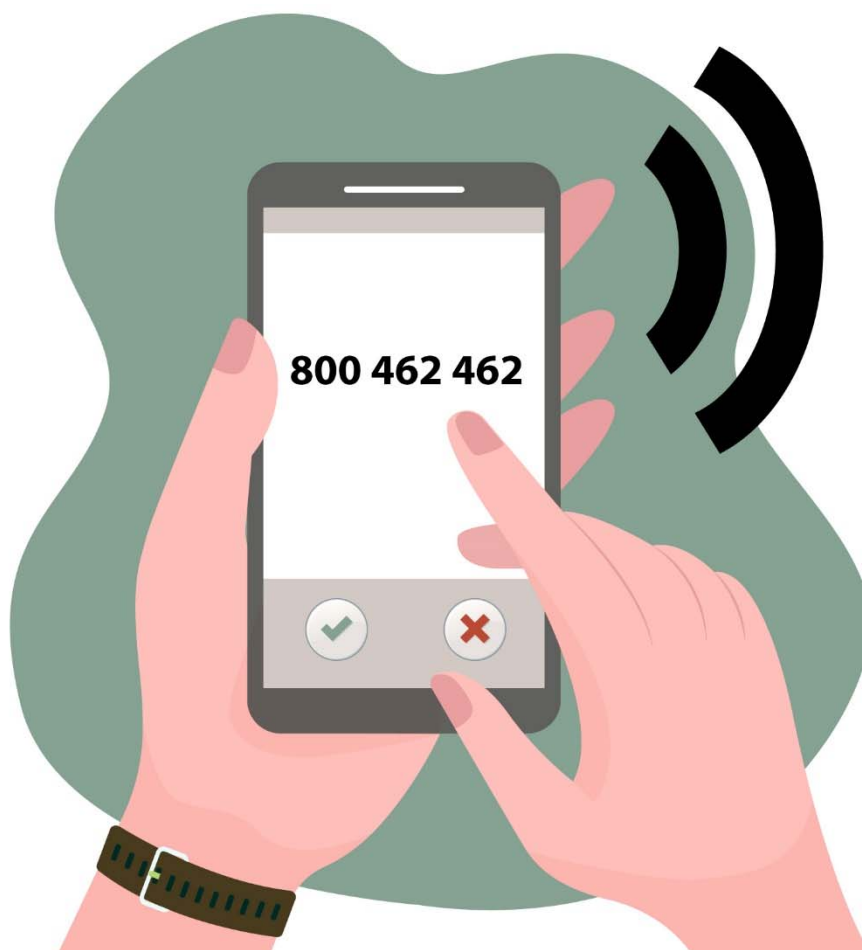


dall'Interno

NUMERO VERDE IN CHIARO

Nel proseguire il percorso di miglioramento dei servizi, che Assilt intende rendere disponibili ai soci, è stata raggiunta un'altra importante tappa.

Le chiamate che i soci ricevono dal nostro Contact Center sono ora riconoscibili **grazie alla visibilità del Numero Verde 800 462 462** durante la chiamata.



E' consigliabile memorizzare il numero per agevolarne l'identificabilità rendendo immediatamente riconoscibile il chiamante.

Questa innovazione consentirà la sensibile riduzione della probabilità di vedere fallito il contatto telefonico ma soprattutto migliorerà i tempi della comunicazione che interverrà con gli iscritti.

La nostra attenzione sulla cura dei nostri Associati continua.

dall'Interno

VERIFICHE SANITARIE E AMMINISTRATIVE

Come previsto dall' Articolo 7 del Testo Unico – Verifiche sanitarie e amministrative,

L'Associazione con la continua e costante attività svolta in merito al controllo del corretto rapporto intercorrente con i propri associati, evidenzia l'efficacia dissuasiva prodotta dalle azioni di verifica oggi attive che si concentrano sulle conformità amministrative e reddituali nonché sulle prestazioni odontoiatriche riconosciute.

A conferma di quanto espresso, si riporta di seguito il prospetto di riepilogo dei controlli eseguiti nel 2022 dal quale si evince che le non conformità riscontrate hanno interessato poco più dell'1% delle verifiche eseguite sulle prestazioni odontoiatriche e sui redditi percepiti dai beneficiari maggiorenni dei Soci principali.

Tipo di verifiche	Quantità	CONFORMI	NON CONFORMI
Verifiche sanitarie odontoiatriche	261	258	3
Verifiche amministrative reddituali	349	345	4
TOTALE	610	603	7

Le contenute irregolarità riscontrate che hanno prodotto effetti sanzionatori conformi alle vigenti normative, non inducono gli Organi Sociali ad abbassare la guardia ma, contrariamente, a mantenere sempre alta l'attenzione sul tema a tutela del rapporto con le persone e del patrimonio associativo. In tal senso, sono in valutazione verifiche per ampliare lo spettro dei controlli eseguiti, sia per quanto concerne le prestazioni sanitarie erogate alle persone ma anche relativamente alla corretta lavorazione delle pratiche di rimborso.

Si è anche provveduto ad innovare la procedura dei controlli delle prestazioni odontoiatriche che, come noto, rappresentano circa il 40% delle prestazioni di rimborso sostenute da ASSILT.

Parliamo di un controllo che si è riavviato dopo una significativa sospensione dovuta alle restrizioni imposte dall'emergenza sanitaria conseguente al Covid-19 che hanno anche imposto una riflessione sull'opportunità di prevedere modalità diverse di esecuzione delle verifiche.

Infatti, è stata prevista in aggiunta al tradizionale controllo "in presenza" presso studi professionali accreditati, anche quello "documentale" per determinate tipologie di intervento e per le persone che intendono optare per tale fattispecie di verifica.

Resta sempre alta l'attenzione sul controllo di conformità documentale/amministrativa delle pratiche presentate dagli Associati ma anche sulla costante verifica reddituale dei beneficiari maggiorenni, in relazione ai limiti definiti dal vigente Testo Unico Assilt (TUA) ed in considerazione del fatto che la loro adesione all'Associazione è consentita senza alcuna maggiorazione contributiva da parte dell'iscritto principale, in coerenza con i principi di mutualità e solidarietà su cui fonda la Nostra Associazione.

La Commissione Controlli e Pratiche rifiutate

dall'Interno

DICHIARAZIONE DEI REDDITI

La scadenza della dichiarazione dei redditi 2023 per le persone fisiche si avvicina!



Tra gli oneri e spese che danno diritto ad una detrazione d'imposta ci sono le spese sanitarie.

Sono diversi anni che ASSILT, per favorire i propri soci nel calcolo delle spese che sono rimaste effettivamente a carico, ha introdotto nel menù Richieste dell'Area Personale del sito ASSILT il Riepilogo annuale rimborsi. All'interno di tale documento è disponibile, per il socio principale e per i beneficiari, il totale della spesa sostenuta e quello del rimborso ricevuto indicati separatamente a seconda se il tutto è avvenuto nell'anno di riferimento o se il rimborso è riferito a documenti di spesa di anni precedenti.

In quest'ultimo caso, nell'anno in cui la spesa è stata sostenuta potrà essere considerato l'importo per intero fermo restando che dovrà essere indicato il rimborso ricevuto nella dichiarazione riferita all'anno in cui è avvenuta la liquidazione. In generale, si ricorda che è consentita la detrazione delle spese sanitarie o di quota parte di esse, non rimborsate dal Fondo.

Altro importante aspetto da tener presente è la deduzione dal reddito della quota ASSILT versata dai soci. Mentre per il socio lavoratore è l'azienda che, come sostituto d'imposta, provvede direttamente a dedurla, nel caso di socio pensionato la quota potrà essere inserita in dichiarazione. Per coloro che utilizzano il 730 precompilato tutti questi dati saranno già presenti nella propria dichiarazione in quanto ASSILT da diversi anni trasmette all'Agenzia delle Entrate sia i rimborsi effettuati ai propri soci che le quote versate dai soci pensionati.

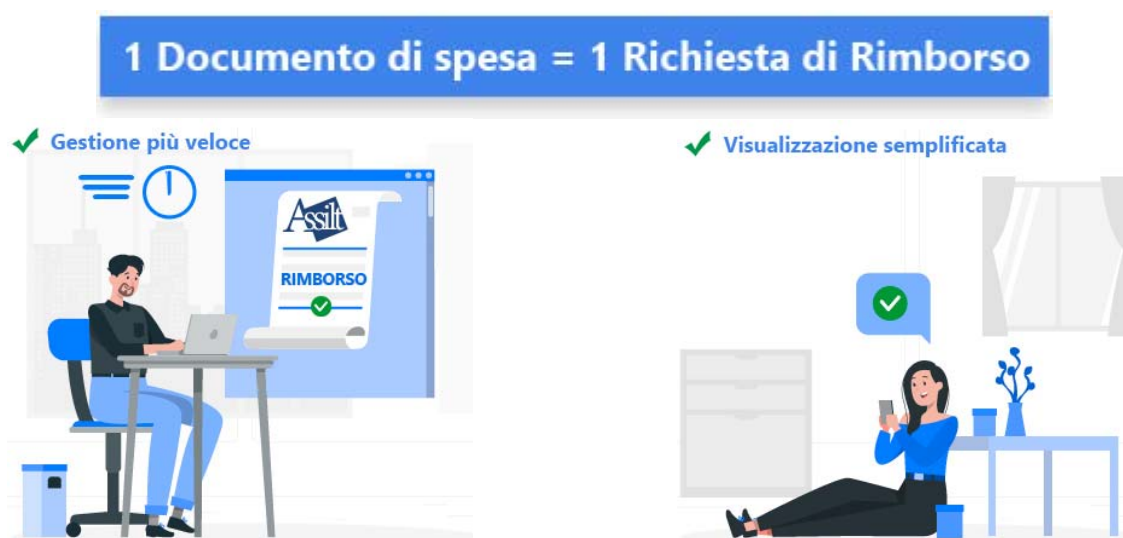
L'ASSILT è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari dal 2010 ed è proprio l'attestato annuale di iscrizione che permette di beneficiare delle deduzioni fiscali previste dalla normativa vigente. Per ulteriori esigenze di assistenza e consulenza specifica in materia, è comunque sempre opportuno rivolgersi a specialisti in materia fiscale (CAF, commercialisti, ecc).

dall'Interno

SEMPLIFICAZIONI IN ARRIVO...

La nostra attenzione verso modalità sempre più agili e veloci per accogliere più efficacemente le esigenze dei nostri Associati, oggi si focalizza sulla semplificazione della trasmissione delle richieste di Rimborso. Attualmente, queste richieste, possono contenere più ricevute di spesa che richiedono una gestione più complessa con conseguente allungamento dei tempi di lavorazione ed evasione del rimborso.

Dal **1° marzo** 2023 ogni nuova richiesta di rimborso dovrà contenere un solo documento di spesa. Questo nuovo metodo consentirà una **gestione più semplice e veloce delle richieste di rimborso**.

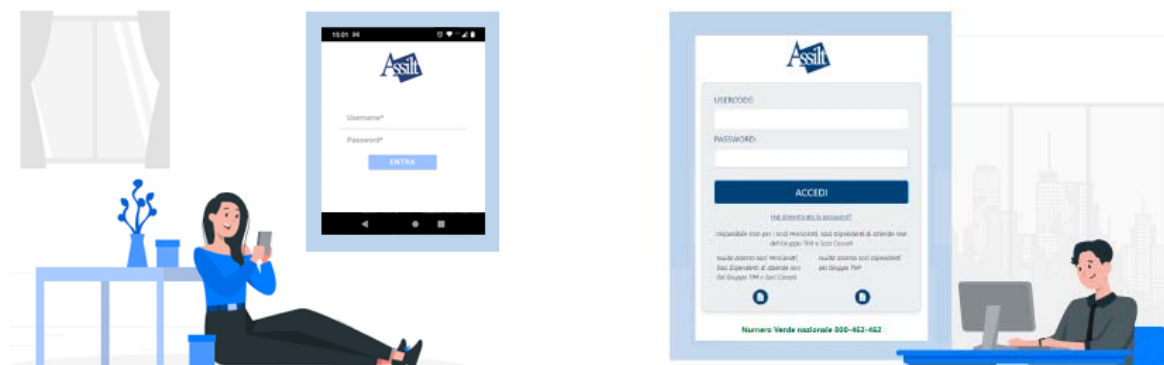


Gli Associati vedranno una **semplificazione nella consultazione dello stato della pratica**, un puntuale **riepilogo dei rimborsi erogati** ogni anno da utilizzare per la dichiarazione dei redditi ed, in generale, una **tempistica di chiusura pratica ed erogazione del rimborso più veloce**.

E' importante sapere che:

Ogni richiesta di rimborso dovrà riguardare un solo documento di spesa (più documenti se si tratta di ricevute di acconto e saldo di una stessa prestazione) completo di certificazione medica e lettera di autorizzazione (per i casi previsti dalla normativa).

Non cambia la modalità di accesso ai Rimborsi, quindi effettua, come di consueto, il login dall'Area Personale del sito Assiti o dall'APP Assiti.



Testo Unico Assilt 2023

IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2023

Consiglio di Amministrazione del 21 settembre e 9 novembre 2022

Assemblea dei Rappresentanti del 30 novembre 2022

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.
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;
 - 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;

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 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 tripla 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% dell'importo annuo lordo della pensione o dell'isopensione o dell'indennità ai sensi dell'art.41, comma 5 bis del D.Lgs.n.148/2015, 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, di isopensione o dell'indennità ai sensi dell'art.41, comma 5 bis del D.Lgs.n.148/2015; 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. Non più in vigore dal 1° gennaio 2023.
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. Non più in vigore dal 1° gennaio 2023.
10. 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. 41, comma 5 bis del D.Lgs. n. 148/2015 mantengono il diritto ad iscriversi in continuità.
Contestualmente alla richiesta d'iscrizione, i Soci autorizzano la Società datore di lavoro a comunicare ad ASSILT l'importo mensile lordo dell'indennità come determinata dall'INPS e la data fine del trattamento della propria indennità.
11. I Soci di cui alle lett. b) e g) dell'art. 3 dello Statuto cessati dal servizio in seguito ad accordi di incentivazione all'uscita, e che entro 18 mesi successivi alla risoluzione del rapporto di lavoro maturino il diritto alla pensione, mantengono il diritto ad iscriversi.
L'iscrizione è subordinata al versamento, in un'unica soluzione al momento dell'uscita dall'azienda, del contributo di cui alle lettere a) e b) dell'art.5 comma 1.
Tale contributo è relativo al periodo intercorrente tra la cessazione del rapporto di lavoro e la maturazione del diritto alla pensione, e verrà calcolato sulla media di quelli ricevuti dall'Associazione negli ultimi 12 per ogni posizione individuale.

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.

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

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

Art. 10 - Sospensione e interruzione del rapporto di lavoro

1. Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 6 ("Sospensione del rapporto di lavoro") dello Statuto, nei casi di sospensione o interruzione del rapporto di lavoro, il diritto alle prestazioni permane per il Socio Lavoratore e i relativi Beneficiari. In tali fattispecie, fermo restando il minimale di cui all'art. 5, comma 2⁴, il Socio Lavoratore è tenuto al versamento all'Associazione di un importo aggiuntivo pari a 265 euro in ragione d'anno solare a titolo di contributo associativo e secondo i medesimi termini e modalità. Tale disposizione non si applica qualora l'assenza non retribuita riguardi eventi di maternità o paternità, congedo parentale, malattia bambino, malattia e infortunio per un periodo massimo di un anno.
2. Su istanza documentata del Socio Lavoratore e previo parere del Delegato, il Consiglio di Amministrazione può disporre la sospensione totale o parziale della quota aggiuntiva per i periodi di assenza non retribuita connessi a eventi di carattere personale di particolare gravità di durata non inferiore a un mese e fino a sei mesi.

Art 11 - Nuova adesione

1. La nuova adesione è definita dall'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.

Il contributo viene erogato senza tenere conto dell'importo pagato per l'imposta di bollo.

4. Non sono ammesse a contributo le seguenti prestazioni:
- le visite mediche non specialistiche;
 - i controlli medici a carattere aspecifico, i check-up e le prestazioni di carattere estetico;
 - le cure non controllabili e quelle non previste dalla terapia o farmacopea ufficiale, salvo quelle richiamate negli articoli precedenti;
 - le prestazioni sanitarie già oggetto di rimborso al Socio da parte di altri Enti, forme assicurative ovvero soggetti collettivi o individuali, pubblici o privati. Per le prestazioni rimborsate parzialmente, l'esclusione riguarda la quota già ristorata.
5. Assilt riconosce contributi dietro presentazione di documentazione fiscalmente valida a norma dell'art. 16, anche emessa da Onlus, Cooperative e Associazioni no profit. Non sono rimborsabili le ricevute per oblazioni, donazioni o offerte.
6. La possibilità di fruire di anticipazioni e prestiti, secondo le modalità specificate nei successivi articoli, è prevista esclusivamente per i Soci Lavoratori e i relativi Beneficiari.
7. Le richieste di contributo, incluse quelle di erogazione straordinaria, devono essere trasmesse in ordine cronologico e, in ogni caso, non oltre il bimestre successivo all'anno solare nel quale sono state rilasciate le documentazioni di spesa che comprovano le prestazioni effettuate. Tale limite potrà essere superato per la

documentazione di spesa ortodontica (art. 22, comma 7), nonché nel caso di cui all'art. 8, comma 2, primo periodo. E' in facoltà del Consiglio di Amministrazione ammettere al contributo prestazioni il cui documento di spesa sia stato presentato oltre il termine sopra indicato qualora il superamento del termine stesso sia stato determinato da eventi eccezionali (lunghi periodi di ricovero, decesso del Socio o Beneficiario) che ne abbiano reso impossibile il rispetto. Il Consiglio di Amministrazione delibera sull'ammissione, previo parere del Delegato competente per territorio; tale parere contiene le allegazioni sulle quali si è formato, nonché le altre informazioni acquisite dalla Linea Sanitaria e Amministrativa in ordine alla riconoscibilità del contributo da parte dell'Associazione per ragioni di merito. Qualora da tali informazioni il contributo risulta non erogabile il Delegato ne dà comunicazione al Socio e la procedura decade.

Art. 15 - Temporizzazioni e massimale

1. Laddove espressamente indicato, l'erogazione del contributo è soggetta a limiti temporali. Il limite temporale può essere mobile, ovvero riferirsi all'anno solare ovvero all'intero rapporto associativo (cd. una tantum).
2. Il limite è "mobile" quando il numero massimo di prestazioni ammesse a contributo è determinato andando a ritroso dall'ultimo documento fiscale presentato per il numero di mesi previsto per ciascuna prestazione.
3. Il limite è ad "anno solare" qualora il numero massimo di prestazioni erogabili è definito per l'arco temporale 1° gennaio - 31 dicembre dello stesso anno.
4. Per "intero rapporto associativo" si intende tutto l'arco temporale che decorre dalla prima iscrizione all'Associazione, indipendentemente dai periodi di interruzione o risoluzione del rapporto associativo seguiti dalla cessazione della causa di interruzione o da nuova iscrizione. Gli stessi criteri si applicano ai fini di cui ai commi 2 e 3.
5. Il contributo alla spesa sanitaria viene erogato da Assilt nei limiti delle percentuali e dei massimali previsti per ciascuna prestazione.
6. Per alcune tipologie di prestazioni, specificatamente indicate, è fissato un massimale complessivo di contributo 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);
 - lenti graduate per protesi oculistiche acquistate on-line direttamente dall'ottico;
 - contenitori elastici speciali, presidi per la deambulazione, presidi anti-acaro;

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".

- 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.

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.

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.

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.

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.

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

- In caso di realizzazione di un manufatto protesico "corona o elemento di ponte in ceramica, in Lega Preziosa e ceramica, titanio e ceramica, zirconio e ceramica" va allegato alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista che contenga anche l'indicazione del materiale con cui è stato realizzato il manufatto protesico.
- Nel caso in cui dal certificato si evinca che il manufatto protesico è stato realizzato con un materiale diverso rispetto a quanto fatturato verrà riconosciuto l'importo corrispondente al materiale realmente utilizzato.
- Sono erogabili contributi per la "protesi scheletrata" (ODSH0001 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6) distinti da quelli previsti per gli "elementi in resina" (ODPR0064).
- Nella documentazione di spesa dovranno, pertanto, essere indicati separatamente il costo della struttura e il costo degli elementi.
- Se dalla documentazione di spesa non si evince il costo della struttura (protesi mobile parziale provvisoria o fissa, protesi scheletrata o Maryland Bridge) distinto da quello degli elementi dentali, sarà riconosciuto un contributo minore (vedi Allegato A - Tariffario Odontoiatrico), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto Assilt erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate. E' comunque indispensabile specificare gli elementi dentali interessati.
- Sono erogabili contributi per gli "attacchi" e per i "ganci" solo nel caso in cui vengano realizzati manufatti protesici tipo protesi parziale o protesi scheletrata.
- Sono erogabili contributi per massimo 2 impianti per emiarcata in caso di protesi totale mobile su arcata edentula.
- Sono erogabili contributi per massimo 3 impianti per emiarcata in caso di protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula.

F. Interventi di chirurgia implantologica e di piccola chirurgia

- Assilt prevede un contributo erogabile "una sola volta nella vita associativa per emiarcata" per gli interventi di piccolo rialzo e grande rialzo del seno mascellare e per gli interventi di distrazione osteo-alveolare mandibolare, sulla base di quanto indicato dal Tariffario.
- Nuovi contributi per "altri interventi di chirurgia implantologica", potranno essere corrisposti trascorsi almeno 7 anni dall'ultimo contributo erogato.
- Gli interventi di "piccolo rialzo" e "grande rialzo" del seno mascellare sono alternativi tra loro nello stesso piano di cura e per la stessa emiarcata.
- Il contributo per la "Distrazione osteo-alveolare" è erogabile ad emiarcata e per la sola arcata inferiore. Nello stesso piano di cura sono concedibili contributi per entrambe le emiarcate inferiori previo parere Consulente Nazionale Odontoiatrico che valuterà la presenza di "edentulia bilaterale posteriore" opportunamente documentata da un supporto diagnostico (radiografica ortopantomica) e da una dettagliata dichiarazione del dentista curante.
- Per l'intervento di rimozione di cisti mascellare o mandibolare va allegata alla documentazione di spesa, la copia del referto dell'esame istologico.; diversamente è riconosciuto il contributo previsto per l'asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie (ODAS0005).

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

1. Non sono erogabili contributi per le visite specialistiche e la predisposizione dei piani di cura.
2. Assilt eroga per la terapia ortognatodontica contributi per un periodo non superiore a tre anni di cura attiva e per entrambe le arcate. Le prestazioni eseguite in regime privato durante le diverse fasi del trattamento ortodontico (prestazioni di diagnostica, apparecchio intercettivo, ogni anno di terapia attiva e contenzione) devono essere fatturate "separatamente".
3. I contributi per check up ortodontico, terapia preventiva intercettiva, terapia attiva e contenzione possono essere concessi "una tantum" (una sola volta nel rapporto associativo) con le modalità 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 2° e 3° 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^ alla 2^ oppure dalla 2^ alla 3^ 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

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

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).
6. Al fine della determinazione del contributo e della temporizzazione gli occhiali da vista "office" sono equiparati a occhiali da vista da vicino.

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 office (equiparati a occhiali monofocali da vicino)

- Montatura e lenti (lontano, permanenza, vicino, office). **Contributo dell'80% della spesa fino ad un importo massimo di 200,00 euro**
- Montatura e lenti (lontano, vicino, office) per correzioni superiore a +/- 6 sfera o +/- 2,50 cilindro. **Contributo del 80% della spesa fino ad un importo massimo di 400,00 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 400,00 euro**

Occhiali con lenti per afachici

- Montatura e lenti per afachici. Contributo dell'80% della spesa fino a un importo massimo di 400,00 euro

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

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

Art. 26 - Oculistica - Lenti a contatto

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

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.

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

- 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. Assili 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).
Sono concedibili contributi anche per le protesi e i presidi sanitari (escluse le calzature ortopediche su misura, gli apparecchi acustici, gli impianti cocleari, le parrucche e i presidi anti-acaro) acquistati presso le Farmacie e le Parafarmacie purché sia identificabile il prodotto acquistato (non è sufficiente la semplice indicazione "dispositivo medico") e che si tratta di un dispositivo a marcatura CE (elenco dei presidi consultabile nel sistema "Banca dati dei dispositivi medici" pubblicato sul sito del Ministero della Salute).
3. La prescrizione del medico specialista deve essere allegata a ogni richiesta di rimborso e deve essere rinnovata nei termini di seguito descritti.
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, le Farmacie e Parafarmacie come indicato al comma 2 di questo articolo. Sono considerati presidi sanitari anche i dispositivi elettronici che contrastano il russamento e le apnee notturne attraverso la terapia posizionale (Night Shift – Sleep Positioner o similari) e i dispositivi meccanici Vacuum Device necessari a seguito di intervento chirurgico di prostatectomia totale.
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, pneumologia e urologia.
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 o Parafarmacia.

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).

F. Presidi per la deambulazione

1. Si intendono presidi per la deambulazione quei presidi (carrozzine, stampelle, deambulatori e similari) acquistati o noleggiati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati, nonché presso farmacie e parafarmacie.
2. La prescrizione, che ha validità 12 mesi, è redatta da un medico specialista in fisioterapia, neurologia, neurochirurgia, ortopedia, geriatria e reumatologia.
3. Il contributo è pari al 75% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro per ogni fattura (ogni 12 mesi – temporizzazione mobile - cfr.art.15).
4. 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

1. Si intendono presidi anti-acaro il copricuscino, il coprimaterasso e il copripiumino acquistati presso laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.
2. La patologia allergica deve essere in ogni caso certificata da una struttura pubblica o accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.

3. La prescrizione, valida per 24 mesi, è redatta da un medico specialista in pneumologia, allergologia o pediatria. Per le forniture successive alla prima è sufficiente la prescrizione del medico curante.
4. Il contributo è pari al 60% della spesa sostenuta fino a un massimo di 130,00 euro (per l'acquisto fino a tre presidi) ogni 24 mesi (temporizzazione mobile - cfr. art. 15).

Art. 29 - Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici

1. Per le prestazioni di diagnosi e cura effettuate in regime privato Assilt eroga un contributo in percentuale sulla spesa sostenuta nei limiti massimi indicati nella **Tabella c**.
2. Ai fini del presente Testo Unico le prestazioni sanitarie ammesse sono suddivise nelle aree della Chirurgia Generale e Ambulatoriale, Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Medicina Nucleare e Radiologia.
3. Per l'erogazione del contributo occorre:
 - la prescrizione del medico curante o dello specialista; ai fini del presente Testo Unico essa è valida per 12 mesi.
 - la documentazione fiscale di spesa, secondo quanto indicato nell'art. 16 che precede.
4. La prescrizione medica non è necessaria qualora gli accertamenti diagnostici siano effettuati durante lo svolgimento di una visita medica specialistica e siano funzionali rispetto alla diagnosi o alla cura.
5. I Soci sono, inoltre, esonerati dalla presentazione della prescrizione medica, nel caso in cui le prestazioni fruite siano presenti su documentazioni fiscali che contestualmente attestino anche il pagamento di spese per ticket sanitari.
6. Sono erogabili contributi per pacchetti di prestazioni specialistiche e di diagnostica previste dal presente T.U. 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.

Se presenti in fattura più esami diagnostici di cui alcuni temporizzati al fine della determinazione del contributo sarà attribuito l'importo totale della spesa sostenuta dal socio alla prestazione per la quale è prevista la contribuzione più favorevole.

Se presente in fattura una visita medica specialistica e uno o più esami diagnostici temporizzati (incluse le asportazioni dermatologiche) al fine della determinazione del contributo verrà applicato quanto indicato al comma 3 dell'articolo 34 per quanto riguarda la visita medica specialistica e sarà attribuito all'esame diagnostico temporizzato la spesa residua.
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

Per tutte le 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 la Linea Sanitaria valuterà la possibilità di autorizzare l'effettuazione di ulteriori prestazioni oltre i limiti individuati.

Accertamenti diagnostici

- Ago-aspirazione o Artrocentesi (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 90,00 euro per ogni esame
- Agobiopsia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni esame
- Agobiopsia o Ago-aspirazione eco-guidata (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Angiografia con fluoresceina/Fluorangiografia o Angioscopia oculare (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni esame
- Angiografia con verde indocaina in oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 140,00 euro per ogni esame
- Artroscopia diagnostica (*ad arto -massimo 1 intervento per ogni arto ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro per ogni *intervento*
- Audiometria anche fatturata da Tecnico Audiometrista (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- Biopsia (*qualsiasi tipologia e distretto tranne in caso di esami endoscopici in quanto inclusa nel contributo - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Biopsia Fusion (*ecoguidata, tridimensionale -massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo 70% della spesa sostenuta fino a un massimo 800,00 euro per ogni esame
- Campimetria (*studio campo visivo - 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
- Conta endoteliale - Biomicroscopia corneale (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a un massimo 90,00 euro per ogni esame
- Capillaroscopia in cardiologia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- Cistometrografia in urologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni esame
- Cistografia, cistouretrografia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 150,00 euro per ogni esame
- Clisma opaco semplice e con contrasto (*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 esame
- Colangiografia, angiografia, angio RMN, artrografia, aortografia, arteriografia (*qualsiasi tecnica e zona - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a massimo di 300,00 euro per ogni esame
- Colposcopia in ginecologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni esame
- Curva tonometrica in oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 70,00 euro per ogni esame

- 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 per ogni esame
- ECG ambulatoriale anche eseguito in Farmacia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 35,00 euro per ogni esame
- ECG Domiciliare (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni esame
- ECG con sforzo (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni esame
- ECG Dinamico – Holter anche eseguito in Farmacia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni esame
- 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 - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per ogni esame
- Ecocardiografia - monitoraggio cardiaco (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni esame.
- Ecoencefalografia transfontanellare in pediatria anche fatturata da Tecnico di neurofisiopatologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 70,00 euro per ogni esame
- 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 (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Elastografia, Fibroscan epatico (*qualsiasi distretto - 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
- Elettroencefalogramma anche fatturato da Tecnico di Neurofisiopatologia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni esame
- Elettromiografia in neurologia anche fatturata da Tecnico di neurofisiopatologia (*qualsiasi tecnica - 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
- Elettroretinogramma in oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- 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 esame
- Endoscopia con o senza biopsia in sedazione (*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 250,00 euro per ogni esame
- Endoscopia/Colonscopia in sedazione con o senza polipectomia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70%. della spesa sostenuta fino a massimo di 400,00 euro per ogni esame
- Endoscopia - Esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) - Colonscopia (*in unica seduta in sedazione con o senza polipectomia - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70%. della spesa sostenuta fino a massimo di 600,00 euro per ogni esame completo
- Esame istologico (*massimo 3 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 40,00 euro per ogni esame

- Esame citologico (*massimo 3 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 40,00 euro per ogni esame
- Esame urodinamico invasivo in urologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per ogni esame
- Fondo oculare eseguito al di fuori della visita oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 50,00 euro per ogni esame
- Fotografia del fondo oculare (*entrambi gli occhi - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni esame
- Fotografia del segmento anteriore (*entrambi gli occhi - (massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15)*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni esame
- Gonioscopia (*eseguita al di fuori della visita medica oculistica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- Impedenziometria in otorinolaringoiatria (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- Isteroscopia in ginecologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 140,00 euro per ogni esame
- Laringoscopia - Faringoscopia - Fibroscopia - Rinoscopia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni esame
- Mammografia (*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
- Mammografia con ecografia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Mammografia/Esame clinico e strumentale completo delle mammelle (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni esame completo
- MOC / Densitometria ossea (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni esame
- MOC (*Mineralometria ossea computerizzata*) con morfometria (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni esame
- Monitoraggio della pressione – Holter anche eseguito in Farmacia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni esame
- Monitoraggio della pressione arteriosa e venosa centrale (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni esame
- Oscillometria in cardiologia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 30,00 euro per ogni esame
- Osservazione dermatologia in epiluminescenza e mappatura nevi (*massimo 3 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 120,00 euro per ogni esame
- Otomicroscopia in otorinolaringoiatria (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 50,00 euro per ogni esame
- Pachimetria o biometria oculare (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni esame
- Pap test - Pap net (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 60,00 euro per ogni esame
- Virus del papilloma umano su cellule del collo dell'utero (TEST HPV) (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 60,00 euro per ogni esame

- PET - Tomoscintigrafia (*qualsiasi zona - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 1.500,00 euro per ogni esame
- Polisonnografia (*monitoraggio cardio respiratorio - massimo 2 esami ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Potenziali evocativi visivi (PEV) in oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni esame
- Potenziali evocati uditivi in otorinolaringoiatria (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 70,00 euro per ogni esame
- Prelievo liquorale e di tessuti (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni esame
- 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 per ogni esame
- Rinometria - Olfattometria - Esame della voce - Funzionalità tubarica, vestibolare timpanica in otorinolaringoiatria (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). 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 per ogni esame
- 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 per ogni esame
- RMN Total body / RM-DWB *Risonanza magnetica Diffusion Whole Body* (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 550,00 euro per ogni esame
- Risonanza multi-parametrica per valutazione prostatica 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 per ogni esame
- Scintigrafia (*qualsiasi zona - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 260,00 euro per ogni esame
- Spirometria, prove funzionalità respiratoria e respiratoria/cardiaca anche eseguita in Farmacia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 80,00 euro per ogni esame
- Studio motilità oculare (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 60,00 euro per ogni esame
- 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 - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 600,00 euro per ogni esame
- Test cardiovascolari per valutazione neuropatia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). 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 (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo 65% della spesa sostenuta fino a massimo 100,00 euro per ogni esame
- Thinprep in ginecologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 65,00 euro per ogni esame
- 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 per ogni esame
- Tonometria eseguita al di fuori della visita in oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% fino ad un massimo di 50,00 euro per ogni esame
- Topografia corneale (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro per ogni esame

- Uroflussometria in urologia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni esame
- Valutazione delle mutazioni delle neoplasie per definizione piano terapeutico immunologico con inibitori delle tirosinchinasi (*massimo 3 valutazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Valutazione morfologica della papilla ottica e/o delle fibre nervose retiniche (HRT, GDX) (*massimo 3 valutazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni esame
- 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 - massimo 3 valutazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni esame
- Valutazione ortottica incluso esame Schermo di Hess-Lancaster eseguita da medico specialista oppure da Tecnico Ortottista (*massimo 3 valutazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 60,00 euro per ogni esame
- Valutazione Logopedica eseguita da Logopedista (*massimo 3 valutazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni seduta

Prestazioni specialistiche

- Agobiopsia mammaria stereotassica – Mammotone (*tutto incluso – massimo 1 agobiopsia ogni 12 mesi*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 1.500,00 euro per ogni esame
- Agoaspirato, asportazioni piccole neoplasie, cauterizzazione in ginecologia (*qualsiasi tecnica - massimo 2 agoaspirati ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 180,00 euro per ogni esame
- 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 un massimo di 40,00 euro per ogni apparecchio
- Aerosolterapia, Docce nasali micronizzate (*massimo 20 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 20,00 euro per ogni seduta
- Angiochirurgia (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 40,00 euro per ogni esame.
- Apparecchio gessato (*qualsiasi distretto - massimo 2 apparecchi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 80,00 euro per ogni apparecchio
- Applicazione corsetto gessato (*massimo 2 corsetti ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 80,00 euro per ogni corsetto
- Asportazione e terapia dermatologica senza esame istologico (*qualsiasi tecnica – escluse prestazioni estetiche - massimo di 2 asportazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni asportazione
- Asportazione dermatologica con esame istologico (*qualsiasi tecnica – escluse prestazioni estetiche - massimo di 2 asportazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art. 15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 150,00 euro per ogni asportazione
- Artroscopia interventistica ambulatoriale anche eco-guidata (*ad arto - massimo 1 intervento per ogni arto ogni 12 mesi – temporizzazione mobile – cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 400,00 euro per ogni intervento
- Bendaggio, fasciatura (*qualsiasi distretto - massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni prestazione
- Biofeedback in neurologia (*massimo 10 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 35,00 euro per ogni seduta
- Cateterismo con insufflazione tubarica in otorinolaringoiatria (*a seduta - massimo 2 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro per ogni seduta
- Cateterismo vescicale (*massimo 2 applicazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 50,00 euro per ogni applicazione

- Crioterapia della portio uterina (*massimo 2 interventi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*) Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 110,00 euro per ogni intervento
- Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (*applicazione e/o rimozione - massimo 2 dispositivi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 120,00 euro per ogni dispositivo
- Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (*acquisto del dispositivo - massimo 2 dispositivi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per ogni dispositivo
- Dispositivo contraccettivo intrauterino IUD (*Rimozione/applicazione/fornitura - massimo 2 dispositivi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 350,00 euro per ogni dispositivo completo
- Elettrocoagulazione di varici del setto nasale (*a seduta - massimo 2 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
- Esercizi ortottici eseguiti da ortottista a entrambi gli occhi (*a seduta - massimo 6 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.Art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 40,00 euro per ogni seduta
- Iniezioni intravitreali (*incluso il costo del farmaco - massimo 2 iniezioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 500,00 euro per ogni iniezione
- Interventi di legatura, rimozione, curettage, incisione, irrigazioni, specillazione, sutura, trattamento HPV (*farmaci e medicazioni inclusi - massimo 2 interventi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 100,00 euro per ogni intervento
- Irrigazione orecchio con rimozione di cerume (*farmaci e medicazioni inclusi - massimo 2 interventi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 100,00 euro per irrigazione per ogni irrigazione
- Lavaggio bursale eco guidato delle articolazioni per calcificazioni ossee in ortopedia. (*massimo 2 lavaggi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr. art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni lavaggio
- Litotrissia per ostruzione dotti ghiandole salivari (*a seduta - massimo 5 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa fino a massimo di 50,00 euro per ogni seduta.
- Massaggio della prostata oltre la visita (*a seduta - massimo 2 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 30,00 euro per ogni seduta
- Medicazioni e suture di qualsiasi tipo manu medica - ambulatoriali e domiciliari (*a seduta - massimo 10 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa fino a massimo di 50,00 euro per ogni seduta
- Piccoli interventi ambulatoriali di chirurgia oculistica (*Calazio, Pterigio, Neoformazioni congiuntivali e palpebrali - massimo 2 interventi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 300,00 euro per ogni intervento
- Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico (*massimo 2 interventi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 170,00 euro per ogni intervento
- Riduzione di lussazione o di frattura (*qualsiasi distretto - massimo 2 interventi ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro per ogni intervento
- Rimozione catetere, lavaggio vescicale (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 25,00 euro per ogni prestazione
- 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 (*tutto incluso - massimo 2 cicli di cura ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta nel limite di 500,00 euro per l'intero ciclo di cura

Assistenza anestesiologicala

- Assistenza anestesiologicala per esami diagnostici o interventi di piccola chirurgia ambulatoriale (*esclusi quelli odontoiatrici – massimo 3 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo 70% della spesa sostenuta fino a un massimo 50,00 euro per ogni prestazione

Tariffe “scontate” - a “pacchetto”

- Prestazioni specialistiche e di diagnostica - Pagamento di tariffe “scontate” o a “pacchetto” (*massimo 3 fatture ogni 12 mesi - temporizzazione mobile cfr.art.15*). Contributo del 70% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per ogni fattura.

Terapie Laser in oculistica

- Capsulotomia YAG-LASER per cataratta secondaria (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 140,00 euro per ogni esame
- Fotocoagulazione Laser in oculistica (*a seduta - massimo 2 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 200,00 euro per ogni esame
- Iridotomia Yag laser in oculistica (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 140,00 euro per ogni esame
- Trabeculoplastica laser per glaucoma ad angolo aperto (*massimo 2 prestazioni ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 140,00 euro per ogni esame.

Terapie Laser vascolare

- Laser terapia chirurgia vascolare - esclusi interventi estetici (*a seduta - massimo 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

Terapia con ozono/ossigeno

- Terapia con ozono/ossigeno per ulcere degli arti inferiori (prescritte da medico specialista di struttura pubblica (*a seduta - massimo 12 sedute ogni 12 mesi - temporizzazione mobile - cfr.art.15*)). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo 80 euro per ogni seduta.

Art. 30 - Esami di laboratorio

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

2. Il contributo per i farmaci di cui al comma 1 è pari al 60% del costo del farmaco con un importo massimo erogabile ogni 12 mesi pari a 250,00 euro (plafond - cfr. art. 15) ed è riconosciuto dietro presentazione della prescrizione medica (che ha una validità di 12 mesi) intestata al Socio o al Beneficiario, e dello "scontrino fiscale parlante" (l. 296 del 27/12/2006) rilasciato dalla farmacia o dalla parafarmacia con la quantità, il prezzo e il codice del prodotto acquistato. In caso di difformità tra il prodotto riportato nella prescrizione e quello acquistato, il contributo è erogabile solo qualora il farmacista attesti che il farmaco acquistato è equivalente a quello prescritto.
3. Non sono erogabili contributi se nello scontrino fiscale non si evince il codice fiscale del Socio o del Beneficiario per il quale sono stati prescritti i farmaci. Possono essere, invece, riconosciuti contributi nel caso in cui nello scontrino fiscale sia inserito il codice fiscale del socio e i farmaci siano prescritti a un figlio minorenni iscritto all'Associazione.
4. Per i prodotti omeopatici è riconosciuto un contributo pari 60% della spesa, fino a un importo massimo di 250,00 euro ogni 12 mesi (plafond - cfr. art. 15), dietro presentazione della prescrizione medica (che ha una validità di 12 mesi), della fattura, dello scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia, dalla parafarmacia, dalle strutture commerciali abilitate o dal rivenditore autorizzato per gli acquisti on-line (secondo quanto precisato all'art. 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.
9. Per l'acquisto di fermenti lattici e probiotici specifici per quanti affetti dal Morbo di Crohn certificato, è riconosciuto un contributo pari 60% della spesa, fino a 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 patologia certificata da struttura pubblica e dietro presentazione della prescrizione medica (che ha una validità di 12 mesi), della fattura o scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia o dalla parafarmacia. La documentazione di spesa deve essere corredata da una dichiarazione riportante il nome del prodotto acquistato e l'identificazione della categoria di "fermenti lattici o probiotici" a meno che non sia rilevabile dallo scontrino stesso.

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

Tabella e - ticket sanitari

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

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

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

1. Assilt riconosce un contributo per le seguenti terapie infiltrative ambulatoriali eseguite solo a scopo antalgico (non anche estetico) prescritte e fatturate da medici specialisti in Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Oncologia, Ginecologia, Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Anestesia e Rianimazione (Terapia del Dolore), nonché Chirurgia Generale:
 - Terapia infiltrativa articolare (tutte le articolazioni),
 - Terapia infiltrativa perinervosa (nervi periferici, radici spinali),
 - Terapia infiltrativa peritendinea (tendini).

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

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

- Iniezioni endoarteriose,
- Iniezioni periarteriose,
- Iniezioni 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. Assilt riconosce altresì un contributo per le seguenti terapie iniettive ambulatoriali e domiciliari di farmaci diversi da quelli di cui ai commi che precedono eseguite a scopo 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. Assilt riconosce per l'agopuntura prescritta dai medici specialisti indicati all'art. 34 e eseguita da operatori abilitati in Italia, Laureati in Medicina e Chirurgia, un contributo pari al 65% della spesa sostenuta per ogni seduta (per un massimo di 10 sedute ogni dodici mesi) nel limite di 35,00 euro per ciascuna (temporizzazione mobile - cfr. art. 15), dietro presentazione della prescrizione (con validità di 12 mesi) e della ricevuta di spesa dei predetti medici.

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

Il contributo - riconosciuto per la somministrazione della sostanza sotto guida TAC - è pari al 65% della spesa sostenuta (per un massimo di un intervento ogni dodici mesi) nel limite di 500,00 euro per ciascuna

(temporizzazione mobile - cfr. art. 15) dietro presentazione della prescrizione (con validità di 12 mesi) e della ricevuta di spesa dei già menzionati medici.

6. Assilt riconosce un contributo per le infiltrazioni di tossina botulinica per i soggetti affetti da iperidrosi primaria idiopatica (o essenziale), certificata da struttura pubblica. In nessun caso sono ammessi contributi per la somministrazione di tale tossina con fine diverso dall'azione mirata all'attività delle ghiandole sudoripare. Tali terapie infiltrative ambulatoriali devono essere prescritte e fatturate da medici specialisti in Chirurgia Generale o Dermatologia.

Il contributo - riconosciuto per l'acquisto e la somministrazione della sostanza - è pari al 65% della spesa sostenuta per un ciclo di infiltrazioni nel limite 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 già menzionati medici.

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

1. Assilt 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 85,00 per quelle ambulatoriali e 90,00 euro per quelle domiciliari; Assilt riconosce altresì senza limite quantitativo, un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 90,00 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 85,00 euro per la visita medica specialistica, presumendo che il valore della visita stessa sia di 106,25 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 h**) 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,

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.

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,
 - Medicina tropicale Medicina fisica e riabilitazione, Medicina interna, Medicina nucleare, Neurologia, Neurofisiopatologia, Neuropsichiatria infantile, Neurochirurgia,
 - Oculistica, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria,
 - Pediatria, Pneumologia, Psichiatria,
 - Radioterapia, Reumatologia,
 - Scienza dell'alimentazione,
 - Urologia – Nefrologia.
9. Assilt riconosce, nell'ambito delle visite mediche specialistiche indicate al comma 1, per due visite ambulatoriali per anno solare, eseguite da professionisti della terapia psicologica di struttura pubblica o accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, o in attività intramoenia, un contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino a un limite, per ciascuna visita, di 85,00 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. Assilt 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 85,00 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 90,00 euro**
- Visita medica specialistica ostetrico - ginecologiche. **Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 85,00 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 90,00 euro**
- Visite mediche specialistiche domiciliari cardiologiche notturne o festive. **Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 90,00 euro**
- Visita medica specialistica ambulatoriale e visite dei professionisti della terapia psicologica. **Contributo dell'80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 85,00 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 Beneficiarie 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 Beneficiari 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 Beneficiari 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 --

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.

della riabilitazione, i Terapisti della riabilitazione dell'apparato motorio e i Massofisioterapisti, anche gli Ostetrici per la riabilitazione del pavimento pelvico e i Tecnici Audiometristi per la ginnastica vestibolare. 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.tsm.org).

5. Le terapie ammesse a rimborso sono:
 - Fisiocinesiterapia (strumentale, attiva, passiva),
 - Tecar terapia,
 - Terapia a scopo antalgico.

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

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 o Logopedisti e fatturate dagli stessi professionisti. 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 h**. 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.

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

Tabella h – Ostetricia

- Ecografie ostetriche. Contributo per singola prestazione pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 100,00 euro per ogni ecografia
- Ecografia morfologica. Contributo per singola prestazione pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 120,00 euro per ogni ecografia
- Amniocentesi (atto operativo ed esami sul liquido amniotico). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 700,00 euro a fattura
- Studio dei villi coriali (analisi completa). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 500,00 euro a fattura
- Ecocardiogramma (fetale). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 110,00 euro a fattura
- Ecoflussimetria doppler qualsiasi distretto (fetale). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 90,00 euro per ogni fattura
- Cardiotocografia CTG. Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 50,00 a fattura
- Corso di preparazione al parto (intero corso). Contributo pari al 75% della spesa sostenuta con un massimo di 200,00 euro per l'intero corso
- Anestesia peridurale in travaglio di parto. Contributo del 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 500,00 euro a fattura (tutto incluso)

Tabella h - Parto naturale e cesareo

Parto naturale

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

Parto cesareo

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

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

1. Oltre ai casi previsti nella tabella 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

19 La tabella c (in calce all'art. 29) prevede l'autorizzazione della Linea Sanitaria per il riconoscimento dei contributi oltre i limiti di quantità previsti.

documentazione di spesa quanto stabilito all' art. 16.

2. Per il rinnovo delle autorizzazioni a favore dei soci affetti da invalidità totale o patologie croniche certificate dalla struttura pubblica la Linea Sanitaria definirà la documentazione necessaria secondo le diverse necessità.

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 42,00 euro per ogni seduta nel seguente modo:
 - 10 sedute erogabili ogni 36 mesi consecutivi a decorrere dalla prima fattura prescritte dal medico o pediatra di base o da Psicoterapeuta (temporizzazione mobile - cfr. art. 15).
 - 100 sedute erogabili ogni 60 mesi consecutivi a decorrere dalla prima fattura prescritte da 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 (temporizzazione mobile - cfr. art. 15).

Una nuova autorizzazione potrà essere richiesta trascorsi:

- per il ciclo di 10 sedute, trascorsi 36 mesi consecutivi dalla prima fattura e se non è stato concesso un ciclo di 100 sedute.
 - per il ciclo di 100 sedute, trascorsi 60 mesi consecutivi dalla prima fattura e se non è stato concesso un ciclo di 10 sedute.
2. La documentazione sanitaria e di spesa richiesta è la seguente:
 - certificazione rilasciata dal medico o pediatra di base o da Psicoterapeuta per il ciclo di 10 sedute (validità 36 mesi);
 - 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 per il ciclo di 100 sedute; essa ha validità 60 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 e oltre i 65 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 (Fisiatri, 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 e oltre i 65 anni di età certificazione di Handicap di grado "Grave") e ai loro Beneficiari, pari al 90% della spesa sostenuta fino a un massimo di 50,00 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 e oltre i 65 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). Fino a sei anni di età non è richiesta la certificazione di disabilità.
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:

²⁰ Legge 104/92 art.3 comma 3.

²¹ L'art. 66 disciplina le spese logistiche.

- 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 e oltre i 65 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), 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 e oltre i 65 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 e oltre i 65 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.
- Assilt ai portatori di disabilità con invalidità totale del 100% certificata (al di sotto dei 18 anni e oltre i 65 anni di età certificazione di Handicap di grado "Grave"), previa autorizzazione della Linea Sanitaria eroga contributi per l'acquisto della **carrozzina elettrica** pari all'80% della spesa sostenuta fino a un importo massimo di 2.000,00 euro. 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 e oltre i 65 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).
9. Assilt ai portatori di disabilità con invalidità totale del 100% certificata (al di sotto dei 18 anni e oltre i 65 anni di età certificazione di Handicap di grado "Grave"), previa autorizzazione della Linea Sanitaria e del

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

Consulente Nazionale Oculistico, autorizza nuovi contributi **per gli occhiali da vista** secondo i seguenti limiti temporali:

- fino al compimento degli 8 anni, ogni 6 mesi (temporizzazione mobile – cfr. art.15);
- dagli 8 anni fino al compimento dei 21 anni, ogni 9 mesi (temporizzazione mobile – cfr. art.15);
- dai 21 anni, ogni 18 mesi (temporizzazione mobile – cfr. art.15).

Per le altre condizioni normative e il contributo massimo erogabile si applica quanto indicato all'articolo 25 (Oculistica – Occhiali da vista – Limiti e temporizzazioni).

Tabella i – Prestazioni riabilitative e assistenza disabili

- Esercizi di riabilitazione motoria - Esercizi di riabilitazione motoria in acqua - Riabilitazione per disturbi del linguaggio. **Contributo pari al 80% della spesa sostenuta**
- Terapia fisica (sedute individuali o collettive). **Contributo pari al 80% della spesa sostenuta**
- Psicoterapia ai portatori di disabilità e loro familiari beneficiari. **Contributo pari al 90% della spesa sostenuta fino a un massimo di 50,00 euro a seduta per un massimo di 100 sedute ogni 24 mesi (temporizzazione mobile - cfr. art. 15).**
- Terapia cognitivo - comportamentale. **Contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 8.000,00 euro annui (plafond - anno solare – cfr. art.15).**
- Strutture di accoglienza (permanenza e frequenza). **Contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 3.000,00 euro annui (plafond - anno solare – cfr. art. 15).**
- Trattamenti riabilitativi non convenzionali. **Contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 3.000,00 euro annui (plafond - anno solare – cfr. art.15)**
- Protesi e presidi sanitari. **Contributo pari al 80% della spesa sostenuta (per i limiti normativi e di contributo cfr. art. 28).**
- Carrozzina elettrica. **Contributo pari al 80% della spesa sostenuta fino a un massimo di 2.000 euro**
- Integratori, prodotti alimentari. **Contributo pari al 60% della spesa sostenuta fino a massimo 150,00 euro ogni 12 mesi (temporizzazione mobile – cfr. art.15)**
- Occhiali da vista. **Contributo secondo i limiti normativi e tariffari indicati all' art. 28 ed entro i limiti temporali indicati al comma 9 di questo art.42.**

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, ipertermia e radioterapia metabolica con iodio radio attivo) 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-oral professionali, fotografie cliniche extra-oral).

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.
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

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

della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Sanitario Nazionale Odontoiatrico. I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico sono:

- relazione dell'odontoiatra e dettagliato piano di cura del trattamento ortodontico e di quello protesico;
 - idonea documentazione diagnostica (radiografica o equipollente).
2. Nel caso di particolari patologie sistemiche, gravi patologie genetiche, congenite, traumi del distretto oro-maxillo-facciale, a Soci e Beneficiari per i quali siano già stati riconosciuti contributi per un intero ciclo di terapia attiva, su autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Sanitario Nazionale Odontoiatrico, potranno essere riconosciuti nuovi contributi per un ciclo di trattamento ortodontico attivo. I documenti sanitari richiesti per la valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico sono:
- dettagliata certificazione di un medico specialista di struttura pubblica che certifichi la patologia o copia della cartella clinica;
 - dettagliata certificazione dell'odontoiatra;
 - idonea documentazione diagnostica (radiografica o equipollente).
3. Per il riconoscimento del contributo per quanto indicato al comma 1 si applica quanto disposto dagli artt. 19 - 23 per il terzo anno di cura ortodontica. Per il riconoscimento del contributo per quanto indicato al comma 2 si applica quanto disposto dagli artt. 19 - 23 per il primo anno di cura ortodontica.

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

1. Ai Soci e per i Beneficiari, affetti da patologie oculari, sottoposti a intervento chirurgico (cataratta, cheratoplastica, distacco di retina) o a seguito di un trauma, con variazioni della correzione visiva che necessitano di nuovi occhiali da vista prima dei limiti temporali previsti, potranno essere riconosciuti ulteriori contributi, su autorizzazione della Linea Sanitaria, previa valutazione vincolante del Consulente Nazionale Oculistico.
2. La documentazione necessaria a fini valutativi è la seguente:
 - relazione del medico oculista che attesti il motivo della variazione del difetto visivo;
 - prescrizione del medico oculista della nuova protesi con l'indicazione del difetto visivo.
3. Per il riconoscimento del contributo si applica quanto disposto dagli artt. 24 e 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).

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

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

1. Assilt contribuisce alle spese sostenute dai soci per la riabilitazione da dipendenze da alcool, da droghe e da gioco, previa autorizzazione, nella misura del 80% delle spese sostenute fino a un massimo di 9.600,00 euro (plafond - anno solare - cfr. art.15).
2. La documentazione necessaria è la seguente:
 - prescrizione del medico curante o di una struttura sanitaria pubblica con l'indicazione del ciclo terapeutico;
 - dettagliata documentazione di spesa.
3. Su esplicita richiesta della struttura riabilitativa, ai fini del completamento del trattamento terapeutico, Assilt riconosce, previa autorizzazione della Linea Sanitaria, le spese di locomozione e di pernottamento per 2 familiari (possibilmente genitori) per un massimo di due volte al mese. Tali spese sono riconosciute nel caso in cui la struttura riabilitativa si trovasse al di fuori del Comune di residenza secondo quanto previsto all'art. 66.

Art. 54 - Alimenti specifici per gravi patologie

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

1. Per quanto non erogabile dal S.S.N. Assilt eroga un contributo pari al 80% della spesa sostenuta e documentata per l'acquisto, anche on line (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 a proteici

1. Per quanto non erogabile dal S.S.N. Assilt eroga un contributo pari al 75% della spesa sostenuta per l'acquisto di prodotti a proteici presso farmacie, parafarmacie, 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 I**) 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. Il contributo è pari al 65% della spesa sostenuta fino a massimo di 120,00 euro a seduta.

Tabella I - 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).

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

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.
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, Fisiatria, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Neurologia - Neurochirurgia, Reumatologia.
 - documentazione di spesa rilasciata da laboratori ortopedici, specializzati e legalmente autorizzati.
7. Assilt eroga un contributo pari al 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 250,00 euro per l'intero ciclo di cura, per l'affitto del dispositivo meccanico per la 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, Fisiatria, 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,
 - documentazione di spesa rilasciata dal fisioterapista o dal tecnico ortopedico nel caso di dispositivo meccanico per la mobilizzazione continua e passiva di un segmento articolare.

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.
6. Ai soci portatori di disabilità con invalidità certificata del 100% (al di sotto dei 18 anni e oltre i 65 anni di età certificazione di Handicap di grado "Grave") saranno concesse Erogazioni straordinarie per gli importi da 1.501 euro a 5.000 euro previo parere favorevole del Delegato in concerto con il Collegio territorialmente competente, la Linea Sanitaria e con il parere vincolante del Consulente Sanitario Nazionale. Delle erogazioni concesse a questi soci verrà periodicamente informato il Consiglio di Amministrazione. Le erogazioni straordinarie a favore di tutti gli altri Soci e Beneficiari a partire da 1.501 euro e le erogazioni straordinarie a favore dei Soci portatori di disabilità con invalidità totale di importo superiore ai 5.000 euro sono di competenza del Consiglio di Amministrazione.

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:

- Classe 2: contributo massimo di 500,00 euro;
- Classe 3: contributo massimo di 1.500,00 euro;

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

- Classe 4: contributo massimo di 3.500,00 euro;
- Classe 5: 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.
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 4,25, 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

Non più in vigore dal 1° gennaio 2023

E. Interventi chirurgici oculistici (Ricovero in regime privato)

Non più in vigore dal 1° gennaio 2023

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, pannolini, 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 m**.

Tabella m – 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.

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:

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

- 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.

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

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;
 - sanzioni applicate nei confronti del Socio per precedenti generici o specifici;
 - continuità del comportamento illecito;
 - le circostanze attenuanti o aggravanti; in tal senso ai soci che risultassero irregolari rispetto a quanto stabilito in merito ai requisiti di reddito dei beneficiari maggiorenni (art. 3, comma 2) è considerato di minore gravità il caso in cui il reddito accertato non è superiore al 20% del limite stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione, fermo restando quanto previsto all'art. 69, comma 2, secondo periodo.
5. L'applicazione delle sanzioni contenute nel presente articolo non fa venir meno l'obbligo contributivo da parte del Socio. Nel caso di esclusione l'obbligo di contribuzione cessa dal primo giorno del mese successivo alla data dell'Assemblea dei Rappresentanti che ha deliberato l'esclusione.
6. Assilt si riserva la facoltà di procedere con denuncia in sede penale avverso i soci presunti responsabili di fatti di particolare rilevanza che hanno dato origine al provvedimento dell'esclusione. Analogamente, Assilt si riserva la facoltà di agire in sede civile o costituirsi parte civile per il ristoro del danno o maggior danno subito.
7. Le fattispecie riportate negli articoli da 68 a 70 che seguono hanno carattere esemplificativo e non esaustivo, facendo salvo i principi dell'interpretazione estensiva e di quella analogica per quanto applicabili.

Art. 68 - Diffida

1. La diffida scritta è adottata per le mancanze di minor rilievo concernenti i casi di:
 - fatturazione difforme rispetto alle prestazioni obiettivamente rilevate;
 - inadempienza o irregolarità rispetto ai controlli dei requisiti di iscrizione dei Beneficiari.
2. Si applica pertanto la diffida qualora l'importo oggetto di difformità, inadempienza o irregolarità sia pari o inferiore a 100,00 euro.
3. Si applica altresì la diffida scritta per la prima inadempienza o irregolarità ai controlli di conformità degli originali dei documenti fiscali e sanitari inviati in copia; resta ferma in ogni caso l'improcedibilità della liquidazione del contributo.

Art. 69 - Sospensione

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

oltre 100,00 euro e fino a 500,00 euro	da 3 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 diffidatà, 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. 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

²⁹ L'art. 8 disciplina la Sospensione cautelativa.

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

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

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

Art. 73 – Ricorso

1. Per le questioni di carattere generale riguardanti i temi dell'adesione e della cessazione del rapporto associativo, della contribuzione e del diritto alle prestazioni può essere proposto dal Destinatario o dal Socio ricorso con Raccomandata A.R. al Consiglio di Amministrazione (Sede legale). Il Ricorso deve pervenire, a pena di irricevibilità, entro 60 giorni dalla data del rigetto della richiesta. Contro le deliberazioni del Consiglio non è ammesso ulteriore gravame.
2. Qualora nel corso del procedimento di cui all'art. 72 si evidenziassero gli estremi per il ricorso di cui al comma 1, il Delegato procede alla trasmissione degli atti al Consiglio di Amministrazione per le deliberazioni conseguenti.

Art. 74 - Visite di accertamento

1. Assilt, nei casi di accertamenti disposti dall'Associazione in merito alle prestazioni fruitive 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 2023

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
<i>ODONTOIATRIA</i>		
PARTE GENERALE		
ODPG0002	Rilievo impronte e preparazione modelli di studio	22,00 €
RADIOLOGIA ODONTOIATRICA		
ODXX0001	Radiografia endorale (ogni due denti) - Radiografia Bitewing	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 extracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	36,00 €
ODLE0002	Legature dentali intracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	43,00 €
ODMO0001	Molaggio selettivo parziale/totale (solo sopra dei 16 anni di età)	19,00 €
ODRD0008	Gengivectomia (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	85,00 €
ODRD0009	Lembo gengivale (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	128,00 €
ODRD0010	Lembo mucogengivale (courettage a cielo aperto, posiz.apicale - per 4 denti -solo sopra i 16 anni di età)	160,00 €
ODRD0012	Chirurgia ossea resettiva (incluso il lembo di accesso - ad arcata)	208,00 €
ODRD0017	Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali (solo sopra i 16 anni di età)	132,00 €
ODAM0001	Amputazioni radicolari (per radice, escluso il lembo di accesso)	50,00 €

ODTC0001	Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale di oligoelementi (per arcata - non ripetibile prima di 18 mesi e fino ai 12 anni di età)	15,00 €
ODSI0001	Sigillatura di solchi per dente (fino a 12 anni di età, erogabile una sola volta)	12,00 €
ODSI0002	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpale (otturaz. coronale a parte) (per elemento dentale-contributo una sola volta e fino a 12 anni di età)	35,00 €
CHIRURGIA		
ODCO0001	Estrazione di dente o radice	31,00 €
ODCO0003	Estrazione di un dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito (escluso comp. anestesista) per ogni dente	31,00 €
ODCO0005	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	74,00 €
ODCO0018	Disinclusione denti ritenuti 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. Diversamente è erogabile il contributo previsto per le cisti mucose (codice ODAS0005)	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	Apeficazione (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 (costo non distinto tra struttura ed elementi)	17,00 €
ODVV0004	Protesi mobile parziale provvisoria (solo la struttura)	85,00 €
ODVV0007	Protesi mobile parziale provvisoria (solo la struttura - costo non distinto tra struttura ed elementi)	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 (costo non distinto tra struttura ed elementi)	17,00 €
ODPE0001	Perno moncone su dente naturale	92,00 €
ODRM0001	Rimozione corona od elemento di protesi fissa	12,00 €
ODRM0002	Rimozione di perno radicolare	14,00 €
ODRI0001	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema diretto	49,00 €
ODRI0002	Ribasamento/riparazione di protesi parziale sistema indiretto	77,00 €
ODRI0003	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema diretto	63,00 €
ODRI0004	Ribasamento/riparazione di protesi totale sistema indiretto	141,00 €
ODRI0006	Riparazione della copertura in resina/composito/ceramica (ad elemento dentale)	46,00 €
ODRE0001	Registrazione dei rapporti intermascellari con arco facciale e studio del caso in articolatore	80,00 €
ODRE0002	Registrazione dei rapporti intermascellari con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso	276,00 €
ODAT0001	Attacco di semiprecisione fuso in L.N.P.	58,00 €
ODAT0002	Attacco di semiprecisione fuso in L.P.	84,00 €
ODAT0003	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.N.P.	87,00 €
ODAT0004	Attacco di precisione o cerniera prefabbricato in L.P.	113,00 €
ODGA0001	Gancio a filo in L.N.P.	16,00 €
ODGA0003	Gancio fuso in L.N.P.	33,00 €
ODGA0004	Gancio fuso in L.P.	61,00 €
ODSH0001	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore	208,00 €
ODSH0008	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	187,00 €
ODSH0004	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore	208,00 €
ODSH0009	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	187,00 €
ODSH0002	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore	429,00 €
ODSH0010	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	386,00 €
ODSH0003	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore	429,00 €
ODSH0011	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	386,00 €
ODSH0005	Maryland bridge (struttura)	77,00 €
ODSH0012	Maryland bridge (struttura) - (costo non distinto tra struttura e elementi dentali)	69,00 €
ODSH0006	Protesi mobile parziale definitiva in resina	85,00 €
ODSH0013	Protesi mobile parziale definitiva in resina - (solo la struttura) (costo non distinto tra struttura ed elementi)	76,50 €

ODPR0086	Corona od elemento per maryland bridge in L.P. più resina	147,00 €
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 mantenedor di spazio fisso	184,00 €
ODPV0002	Preventiva-intercettiva con mantenedor spazio mobile	251,00 €
ODPV0004	Preventiva-intercettiva a Griglia fissa	288,00 €
ODPV0005	Preventiva-intercettiva con Griglia su app. amovibile	270,00 €
ODPV0006	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per chiusura diastemi	163,00 €
ODPV0007	Preventiva-intercettiva con Bande o BKS per correzione cross-bite	353,00 €
ODPV0008	Preventiva-intercettiva con Bande per ausiliario per aperture morso	359,00 €

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 ortodontivo 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 (senza tracciato cefalometrico)	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 (senza tracciato cefalometrico)	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 (senza tracciato cefalometrico)	276,00 €

Contenzione

(Contributo per entrambi le arcate "una tantum" nell'intero periodo di cura)

ODDT0001	Contenzione a mezzo di Positioner preformati	251,00 €
ODDT0002	Contenzione a mezzo di Placche di Hawley	251,00 €
ODDT0003	Contenzione a mezzo di Arche linguali	251,00 €
ODDT0004	Contenzione a mezzo di Scheletrato	251,00 €

ALLEGATO B – PRONTUARIO FARMACEUTICO INTEGRATIVO

Aggiornato a Gennaio 2023

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	<i>Isoconazolo</i>
ACETILCISTEINA	<i>Acetilcisteina</i>
ACTIVELE	<i>Noretisterone ed estrogeno</i>
ADROVANCE	<i>Acido alendronico e sale sodico</i>
ADVANTAN	<i>Metilprednisolone aceponato</i>
AFTAB	<i>Triamcinolone</i>
AISI	<i>Alprazolam</i>
ALDEPRELAM	<i>Alprazolam</i>
ALENDROS	<i>Acido alendronico e sale sodico</i>
ALLERGODIL	<i>Azelastina cloridrato</i>
ALLESPRAY	<i>Azelastina cloridrato</i>
ALPRAZIG	<i>Alprazolam</i>
ALPRAZOLAM	<i>Alprazolam</i>
ALTERSOL	<i>Acetilcisteina</i>
ALTOSONE	<i>Mometasone</i>
AMISULPRIDE	<i>Amisulpride</i>
AMPAMET	<i>Aniracetam</i>
ANATETALL	<i>Anatossina tetanica</i>
ANSIL	<i>Lorazepam</i>
ANSIOLIN	<i>Diazepam</i>
ANTIMICOTICO SAME	<i>Clotrimazolo</i>
ARVENUM	<i>Diosmina</i>
ASQUAM	<i>Ketoconazolo</i>
ATARAX	<i>Idroxizina</i>
AVAMYS	<i>Fluticasone</i>
AXILIAM	<i>Lormetazepam</i>
AZOLMEN	<i>Bifonazolo</i>
AZYTER (a seguito intervento chirurgico oculistico)	<i>Azitromicina</i>
BATRACOMB	<i>Ciclopirox</i>
BATRAFEN	<i>Ciclopirox</i>
BAQSIMI	<i>Glucagone Cloridrato</i>
BECLOMET.DOC	<i>Beclometasone</i>
BECOTIDE	<i>Beclometasone</i>
BEHRIFIL	<i>Pentoxifilina</i>
BEMEDREX EASYHALER	<i>Beclometasone</i>
BENFER	<i>Ferro trivalente</i>
BENUR	<i>Doxazosina</i>
BETABIOPTAL (a seguito intervento chirurgico oculistico)	<i>Cloramfenicolo</i>
BIOGINAL	<i>Ciclopirox</i>

FARMACO	MOLECOLA
BIOMUNIL	<i>Ribosomal/Klebsprotina</i>
BRANIGEN	<i>Levoacetilcarnitina cloridrato</i>
BRINERDINA	<i>Reserpina e diuretici</i>
BRIXOPAN	<i>Bromazepam</i>
BROMAZEPAM	<i>Bromazepam</i>
BRONCHOVAXOM	<i>Lisato Batterico</i>
BRONCOHEXAL	<i>Acetilcisteina</i>
BROTIZOLAM	<i>Brotizolam</i>
BRUMIXOL	<i>Ciclopirox</i>
BRUNAC	<i>Acetilcisteina</i>
CALC FOLINATO	<i>Calcio folinato</i>
CALC LEVOFOL	<i>Calciolevofolinato</i>
CALCIFOLIN	<i>Calcio folinato</i>
CALCIPOTRIOLO	<i>Calcipotriolo</i>
CALFOLEX	<i>Calcio folinato</i>
CALINAT	<i>Calcio folinato</i>
CANESTEN	<i>Elatrimazolo</i>
CANGIL	<i>Clotrimazolo</i>
CAREFINAST	<i>Finasteride</i>
CHAMPIX	<i>Vareniclina</i>
CIALIS	<i>Tadalafil</i>
CICLOPOLI	<i>Ciclopirox</i>
CIDILIN	<i>Citicolina</i>
CISTALGAN	<i>Flavoxato</i>
CITICOLIN	<i>Citicolina</i>
CITICOLINA	<i>Citicolina</i>
CITOFOLIN	<i>Calcio folinato</i>
CLIMACLOD	<i>Acido clodronico</i>
CLODEOSTEN	<i>Acido clodronico</i>
CLODRON	<i>Acido clodronico</i>
CLODRONATO	<i>Acido clodronico</i>
CLODY	<i>Acido clodronico</i>
CLORADEX (<i>a seguito intervento chirurgico oculistico</i>)	<i>Cloramfenicolo</i>
CLOTRIMAZOLO	<i>Clotrimazolo</i>
COLBIOCIN (<i>a seguito intervento chirurgico oculistico</i>)	<i>Cloramfenicolo</i>
COMPENDIUM	<i>Bromazepam</i>
CONDRAL	<i>Chondroitin sodio solfato</i>
CONDROSULF	<i>Chondroitin sodio solfato</i>
CONTROL	<i>Lorazepam</i>
COROSAN	<i>Dipiridamolo</i>
CORTANEST	<i>Fluocinolone acetone</i>
CORTICAL	<i>Diflucortolone</i>
DAFLON	<i>Diosmina</i>
DAFNEGIN	<i>Ciclopirox</i>
DAKTARIN	<i>Miconazolo</i>
DALMADORM	<i>Flurazepam</i>
DECAPEPTYL	<i>Triptorelina</i>
DEFLAN	<i>Deflazacort</i>
DEFLAZACORT	<i>Deflazacort</i>
DELORAZEPAM	<i>Delorazepam</i>
DENIBAN	<i>Amisulpride</i>
DEPAS	<i>Etizolam</i>

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

FARMACO	MOLECOLA
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>
GLAMIDOLO COLLIRIO	<i>Dapiprazolo Cloridrato</i>
GLIPTIDE	<i>Sulglitotide</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	<i>Anatossina tetanica</i>
IMPROMEN	<i>Bromperidolo</i>
INALONE	<i>Beclometasone</i>
INDOBUFENE	<i>Indobufene</i>
INDOSTAC	<i>Indobufene</i>
INIMUR	<i>Nifuratel</i>
INTRAFER	<i>Ferro trivalente</i>
IPERTROFAN	<i>Mepartricina</i>
IPNOLOR	<i>Lormetazepam</i>
ITALPRID	<i>Tiapride</i>
KENTERA	<i>Oxibutinina</i>
KETOCONAZOLO EG	<i>Ketoconazolo</i>
KOFIMUCIL MUCOL.	<i>Acetilcisteina</i>
KOVILEN	<i>Nedocromile sodico</i>
KOVINAL	<i>Nedocromile sodico</i>
LAMISIL	<i>Terbinafina</i>
LASTICOM	<i>Azelastina cloridrato</i>
LENDORMIN	<i>Brotizolam</i>
LEVOBREN	<i>Levosulpiride</i>
LEVOFOLENE	<i>Calciolevofolinato</i>
LEVOPRAID	<i>Levosulpiride</i>
LEVOSULPIRIDE	<i>Levosulpiride</i>
LEVOTIROXINA TEVA	<i>Levotiroxina sodica</i>
LEXOTAN	<i>Bromazepam</i>
LOCAFLUO	<i>Fluocinolone acetone</i>

FARMACO	MOLECOLA
LOCALYN	<i>Fluocinolone acetone</i>
LOCETAR	<i>Amorolfina</i>
LOCRINOLYN	<i>Fluocinolone acetone</i>
LOGAN	<i>Citicolina</i>
LOMEXIN	<i>Fenticonazolo</i>
LORALIN	<i>Lorazepam</i>
LORANS	<i>Lorazepam</i>
LORAZEPAM	<i>Lorazepam</i>
LORENIL	<i>Fenticonazolo</i>
LORMETAZEPAM	<i>Lormetazepam</i>
LORXAGEN	<i>Lorazepam</i>
LUAN	<i>Lidocaina cloridrato</i>
LUNIS	<i>Flunisolide</i>
LUZUL	<i>Lormetazepam</i>
LYRINEL	<i>Oxibutinina</i>
MACMIROR	<i>Nifuratel</i>
MADAR	<i>Nordazepan</i>
MATRIX	<i>Galatturoglicano solfato</i>
MECLON	<i>Clotrimazolo</i>
MENINGITEC	<i>Meningococco C</i>
MERUVAX II	<i>Vaccino antirosolia</i>
MEXYLOR	<i>Lormetazepam</i>
MICETAL	<i>Flutrimazolo</i>
MICLAST	<i>Ciclopirox</i>
MICOMICEN	<i>Ciclopirox</i>
MICONAL	<i>Miconazolo</i>
MICONAZOLO	<i>Miconazolo</i>
MICOTEF	<i>Miconazolo</i>
MICOXOLAMINA	<i>Ciclopirox</i>
MICROPAM	<i>Diazepam</i>
MICTONORM	<i>Propiverina</i>
MINIAS	<i>Lormetazepam</i>
MOGADON	<i>Nitrazepam</i>
MOMET	<i>Mometasone</i>
MOTICLOD	<i>Acido clodronico</i>
MUCOFRIN	<i>Acetilcisteina</i>
MUCOMUCIL	<i>Acetilcisteina</i>
MUCOXAN	<i>Acetilcisteina</i>
MUNDOSON	<i>Mometasone</i>
N-ACETILCISTEINA GRP	<i>Acetilcisteina</i>
NAEMIS (<i>terapia sostitutiva per carenza di estrogeni</i>)	<i>Estradiolo/Nomegestrolo acetato</i>
NASACORT	<i>Triamcinolone</i>
NASOFAN	<i>Fluticasone</i>
NASONEX	<i>Mometasone furoato</i>
NEISVAC-C	<i>Meningococco C</i>
NERISONA	<i>Diflucortolone</i>
NETILDEX (<i>a seguito intervento chirurgico oculistico</i>)	<i>Temazepam</i>
NETTACIN (<i>a seguito intervento chirurgico oculistico</i>)	<i>Netilmicina</i>
NEUREX	<i>Citicolina</i>
NEUROTON	<i>Citicolina</i>
NIBED (<i>terapia sostitutiva per carenza di testosterone</i>)	<i>Testosterone Undecanoato</i>
NICETILE	<i>Levoacetilcarnitina cloridrato</i>

FARMACO	MOLECOLA
NICORETTEICY	<i>Nicotina</i>
NIFURATEL FMT	<i>Nifuratel</i>
NIKLOD	<i>Acido clodronico</i>
NIMODIPINA	<i>Nimodipina</i>
NIMOTOP	<i>Nimodipina</i>
NIOGERMOX	<i>Ciclopirox</i>
NIQUITIN	<i>Nicotina</i>
NIZACOL	<i>Miconazolo</i>
NIZORAL	<i>Ketoconazolo</i>
NOAN	<i>Diazepam</i>
NOOTROPIL	<i>Piracetam</i>
NORMISON	<i>Temazepam</i>
NORMOBREN	<i>Levoacetilcarnitina cloridrato</i>
NORMOFER	<i>Ferro trivalente</i>
NOTTEM	<i>Zolpidem</i>
OFTAQUIX <i>(a seguito intervento chirurgico oculistico)</i>	<i>Levofloxacina</i>
ONILAQ	<i>Amorolfina</i>
OPSYCON	<i>Zolpidem</i>
OSTEONORM	<i>Acido clodronico</i>
OXIBUTININS CLORIDATO	<i>Oxibutinina cloridrato</i>
PASADEN	<i>Etizolam</i>
PERMIXON	<i>Repentina</i>
PERSANTIN	<i>Dipiridamolo</i>
PEVARYL	<i>Econazolo</i>
PIGENIL	<i>Pigelina</i>
PILUS	<i>Finasteride</i>
PIRACETAM	<i>Piracetam</i>
PLACTIDIL	<i>Picotamide</i>
PNEUMO 23	<i>Antigene pneumococcico</i>
PNEUMOPUR	<i>Antigene pneumococcico</i>
PNEUMOVAX	<i>Antigene pneumococcico</i>
PNU IMMUNE 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>

FARMACO	MOLECOLA
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	<i>Pentoxifilina</i>

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

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 disponibile sul sito Assilt alla sezione "Testi normativi" 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	3500 euro
5	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.

Si ricorda che la concessione di tali contributi, limitatamente alle **CLASSI 2, 3, 4 e 5** è sempre subordinata alla valutazione della Linea Sanitaria e alla verifica dei requisiti indicati negli articoli 50, 60,61,62 del Testo Normativo.

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

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.

Nel caso in cui vengano effettuati più interventi in un'unica seduta operatoria verrà rimborsato un intervento (anche in caso di bilateralità).

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:

Numero Verde
800 462 462
servizio gratuito



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 - Radiografia Bitewing		€
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 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	

LEGATURA DENTALE (vedi note normative)			Q.tà	importo totale
LE	01	Legature dentali extracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 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	
LE	02	Legature dentali intracoronali (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	¹ 8 7 6 5 4 3 2 1 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	

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA (vedi note normative)			Q.tà	importo totale
RD	08	Gingivectomia (per 4 denti - solo al di sopra dei 16 anni di età)	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	
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 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	
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 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	
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 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	
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 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	

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 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	
SI	02	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) e otturazione del cavo pulpare	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	

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		€
CX	01	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 ARCATI 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 ARCATI 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 ARCATI DENTARIA (vedi note normative)					
SP	01	Protesi fissa di ricostruzione per arcata superiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica) inclusi gli elementi dentali			€
SP	02	Protesi fissa di ricostruzione per arcata inferiore edentula su impianti osteointegrati (qualsiasi tecnica) inclusi gli elementi dentali			€

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

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

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

ESAMI				Q.tà	importo totale
RE	01	Registrazione dei rapporti intermassellari con arco facciale e studio del caso in articolatore			€
RE	02	Registrazione dei rapporti intermassellari con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso			€

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

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

Totale generale €

Inserire di seguito i dati della fattura a saldo delle cre eseguite e delle eventuali fatture di acconto

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

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)
<i>(Leggere con attenzione. Questa pagina non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico)</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 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. 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); - apacificazione (un unico contributo).</p>
<p>c. Igiene orale, Parodontologia e trattamenti ASSILT non riconosce contributi per levigatura delle radici, curettage gengivale, legatura dentale, molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati a iscritti di età inferiore ai 16 anni, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (vedi Art.11 - Punto 10. Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario "Gravi patologie oro-dentali"). ASSILT riconosce contributi una sola volta per ogni socio per le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, amputazioni radicolari, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, salvo autorizzazione del Consulente Nazionale Odontoiatrico (vedi Art.11 - Punto 10. Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario "Gravi patologie oro-dentali"). Per le prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici e legature dentali, ASSILT non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non trascorsi 12 mesi dalla precedente contribuzione. Le prestazioni di ablazione tartaro e levigatura delle radici e/o curettage gengivale sono alternative tra loro nello stesso piano di cura. Le prestazioni di molaggio selettivo, gengivectomia, lembo gengivale e muco gengivale, chirurgia ossea resettiva e lembi liberi o peduncolati, non sono sovrapponibili nello stesso piano di cura.</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 - (Articolo 11 - Punto 10 "Odontoiatria - Casi di particolare interesse sanitario"). Il contributo per la "Protesi fissa di ricostruzione dell'arcata edentula su impianti osteointegrati" è erogabile per ogni arcata una sola volta nella vita associativa. In caso di realizzazione di un manufatto protesico "corona o elemento di ponte in ceramica, in Lega Preziosa e ceramica o titanio e ceramica" è indispensabile allegare alla documentazione di spesa il certificato di conformità rilasciato dal dentista curante. Sono erogabili contributi per la "protesi scheletrata" (ODSH0001 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6) distinti da quelli previsti per gli "elementi in resina" (ODPRO064). Nella documentazione di spesa dovranno, pertanto, essere indicati separatamente il costo della struttura ed il costo degli elementi. Se dalla documentazione di spesa non si evince il costo della struttura (protesi mobile parziale provvisoria o fissa, protesi scheletrata o Maryland Bridge) distinto da quello degli elementi dentali, sarà riconosciuto un contributo minore (vedi Allegato A - Tariffario odontoiatrico), in quanto non potrà risultare più conveniente per il socio rispetto a quanto ASSILT erogherebbe nel caso in cui le prestazioni venissero dettagliate. E' comunque indispensabile specificare gli elementi dentali interessati. Sono erogabili contributi per gli "attacchi" e per i "ganci" solo nel caso in cui vengano realizzati manufatti protesici tipo protesi parziale o protesi scheletrata. Sono erogabili contributi per massimo 2 impianti per emiarcata in caso di protesi totale mobile su arcata edentula. Sono erogabili contributi per massimo 3 impianti per emiarcata in caso di protesi fissa di ricostruzione per arcata edentula.</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 ortopanoramica) 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. Cure ortodontiche e odontoiatriche eseguite in ambito pubblico - Per le cure odontoiatriche eseguite in una struttura sanitaria pubblica possono essere concessi i previsti contributi, nei limiti normativi e tariffari indicati in questo testo normativo, anche a presentazione di fatture a saldo che anticipino la realizzazione delle terapie. Il socio dovrà dichiarare (possibilmente la struttura stessa) che sta eseguendo le terapie fatturate indicando la data presunta di fine cura. Trascorsi 18 mesi dalla data della fattura, ASSILT considererà conclusi i lavori e potrà disporre i relativi accertamenti odontoiatrici. Nel caso in cui le cure non venissero completamente eseguite il socio è tenuto ad informare tempestivamente l'Associazione ed a restituire i contributi eccedenti.</p>

Questa pagina normativa non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico

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 - Indicare quantità di radiografie eseguite _____	€
CK	08	Rx endorale (ogni due denti) - Indicare la quantità di radiografie eseguite _____	€
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	€

pag 1/3

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 €

Inserire di seguito i dati della fattura a saldo delle cre eseguite e delle eventuali fatture di acconto

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. Questa pagina non deve essere trasmessa con il modello odontoiatrico)

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, ortopantomica, teleradiografia, fotografie, ecc.);

- un trattamento di tipo "preventivo-intercettivo"; tale contributo è distinto da quello previsto per la terapia attiva e non potrà, pertanto, essere fatturato insieme ad altri periodi di trattamento ortodontico attivo.

Inizio del trattamento ortodontico attivo e successivi anni di cura:

- la documentazione di spesa (acconto e saldo) deve essere inoltrata al fine della liquidazione del rimborso in modo distinto per ogni anno di cura e posticipatamente all'effettuazione della cura;

- la documentazione di spesa a saldo del "primo" anno di cura ortodontica attiva dovrà essere datata a terapia già effettuata; nella documentazione di spesa a saldo, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del primo anno di cura attiva (almeno 12 mesi dall'inizio della terapia ortodontica);

- la documentazione di spesa a saldo del "secondo" e "terzo" anno di cura potranno essere datate con un anticipo massimo di 60 giorni rispetto alla data della fattura dell'anno precedente; nella documentazione di spesa a saldo del "secondo" e del "terzo" anno, o nel relativo preventivo di spesa, dovrà comparire la data di inizio e fine del secondo, del terzo anno o dell'ultimo semestre di cura attiva;

- ASSILT non riconosce contributi per semestri di cura tranne a fine della terapia attiva nella documentazione di spesa a saldo dovrà comparire la data di inizio e fine del semestre di cura attiva;

- per la contenzione è previsto un contributo (per entrambi le arcate) "una tantum" (una sola volta nella vita associativa) nell'intero periodo di cura, erogabile anche durante la terapia attiva o successivamente alla terapia preventiva intercettiva.

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

Per le richieste di contributo relative alla correzione di una anomalie di 2^a e 3^a classe, 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 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°
34

2023

Assilt

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



Numero Verde
800 462 462
servizio gratuito

