



2023 Vademecum

TESTO UNICO ASSILT

Limiti e modalità per richiedere
i contributi di alcune tipologie
di prestazioni sanitarie

Aggiornato a Gennaio 2023

Allegato della rivista *appunti*

Cosa devo presentare?

- ▶ Ricevuta del medico odontoiatra; oppure
- ▶ Ricevuta dello studio medico odontoiatrico; oppure
- ▶ Ricevuta dello studio con il nome del medico odontoiatra curante indicato nel piano di cura o nel modello odontoiatrico; oppure
- ▶ Ricevuta di spesa con un Direttore sanitario iscritto all'Albo professionale degli Odontoiatri.
- ▶ Piano di cura dettagliato (**anche utilizzando i modelli odontoiatrici ASSILT**) con tipo di cura, denti trattati e singolo costo.
- ▶ Le prestazioni di ablazione tartaro, levigatura delle radici, fluoro-profilassi, sigillatura dei solchi possono essere effettuate e fatturate anche da igienisti dentali iscritti allo specifico Albo professionale.

A quanto ammonta il rimborso?

- ▶ 90% della spesa fino all'importo massimo indicato per ogni prestazione – Tariffario Odontoiatrico (**Allegato A del testo normativo**)
- ▶ il massimale per ogni iscritto è di 10.000 euro in 18 mesi.

Ogni quanto é rimborsabile?

La stessa prestazione potrà essere rimborsata superato il limite di tempo specificatamente indicato agli Artt. 21 e 22 del testo normativo.

NOTA BENE

Per le ricevute di spesa rilasciate da strutture ospedaliere pubbliche, private o accreditate il nominativo del medico odontoiatra curante non é indispensabile.

Cosa devo presentare?

- ▶ Prescrizione di medico oculista con indicazione grafica del difetto visivo
- ▶ Ricevuta dell'ottico con indicazione del tipo di occhiali acquistati (lontano/vicino/progressivi)

A quanto ammonta il rimborso?

80% della spesa fino all'importo massimo indicato nell'art 24, Tab. A del TUA

Ogni quanto é rimborsabile?

- ▶ ogni 12 mesi da 0 a 8 anni
- ▶ ogni 18 mesi per i soci dagli 8 anni ai 21 anni
- ▶ ogni 3 anni oltre ai 21 anni.

Previa autorizzazione della Linea Sanitaria ai soci con invalidità certificata del 100% saranno riconosciuti nuovi contributi con un limite temporale ridotto (articolo 42 comma 9)

NOTA BENE

Nell'ambito del periodo di rimborso, in alternativa agli occhiali con lenti progressive possono essere riconosciuti un paio di occhiali da vista con lenti da lontano e un paio con lenti da vicino. Gli occhiali da vista "office" al fine del contributo e della temporizzazione sono equiparati a occhiali monofocali.

ART 26/27

Lenti a contatto

Cosa devo presentare?

- ▶ Prescrizione di medico oculista con indicazione grafica del difetto visivo
- ▶ Ricevuta dell'ottico con indicazione che sono state acquistate lenti correttive
- ▶ Copia della confezione delle lenti con evidenza del numero del lotto e la data di scadenza. In alternativa dichiarazione dell'ottico contenente le stesse informazioni.

A quanto ammonta il rimborso?

60% della spesa fino ad un importo massimo di 340 euro in 36 mesi

ART 29

Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici

Cosa devo presentare?

- ▶ Prescrizione del medico di base o di un medico specialista
- ▶ Ricevuta con dettaglio della prestazione sanitaria eseguita e del relativo costo. Se la ricevuta non riporta il dettaglio delle prestazioni eseguite deve essere allegato un documento da cui le stesse siano rilevabili (dichiarazione della struttura sanitaria, riepilogo della prenotazione e così via)

A quanto ammonta il rimborso?

65% – 70% della spesa fino all'importo massimo e secondo la quantità massima indicati nella tabella C dell'Art. 29 del testo normativo

Ogni quanto é rimborsabile?

- ▶ Tutte le prestazioni specialistiche sono rimborsabili entro un determinato limite di quantità ogni 12 mesi (temporizzazione mobile – vedi art.15 del testo normativo).
- ▶ I limiti di erogazione sono indicati nella tabella C dell'Art.29.
- ▶ Ulteriori necessità opportunamente documentate saranno valutate dalla Linea Sanitaria

NOTA BENE

Per i tamponi antigenici e molecolari e i test sierologici é indispensabile la prescrizione medica tranne nel caso in cui tali esami vengono richiesti per l'effettuazione di un intervento chirurgico o di un esame diagnostico.

ART 36

Fisioterapia, Logopedia, Training del linguaggio e terapia mio-funzionale

Cosa devo presentare?

- ▶ Per la fisioterapia: prescrizione di uno dei medici specialisti specificatamente indicati al comma 3 dell'Art. 36 del testo normativo e ricevuta rilasciata da Fisioterapista (o figura equipollente di cui al comma 4 dell'art 36) iscritto allo specifico ordine professionale FNOFI con indicazione del numero di sedute effettuate (precisare se sedute individuali o collettive).
- ▶ Per la logopedia e le altre terapie: prescrizione di uno dei medici specialisti indicati al comma 7 dell'articolo 36 del testo normativo o di un Logopedista e ricevuta di spesa degli stessi Medici specialisti o Logopedisti.

A quanto ammonta il rimborso?

- ▶ fisioterapia: 65% della spesa fino ad un importo massimo di 24 euro a seduta per le sedute individuali e 12 euro per le sedute collettive (tariffe in vigore dal 1° luglio 2022).
- ▶ logopedia e le altre terapie: 65% della spesa fino ad un importo massimo di 25 euro a seduta.

Ogni quanto é rimborsabile?

- ▶ Fisioterapia: 20 sedute ogni 12 mesi (temporizzazione mobile – art.15 del testo normativo)
- ▶ Logopedia , Training del linguaggio e terapia mio-funzionale: 40 sedute complessive (tutte le tipologie di terapia) ogni 12 mesi (temporizzazione mobile – art.15)

NOTA BENE

Per il limite di tempo che regola il riconoscimento di nuovi contributi è

consigliabile verificare la sezione "i miei servizi – storico prestazioni"
raggiungibile attraverso l'Area personale del portale Assilt www.assilt.it

ART 33

Terapia infiltrativa

Cosa devo presentare?

Prescrizione e ricevuta di uno dei medici specialisti specificatamente indicati all'art 33 del testo normativo, con l'indicazione dell'infiltrazione eseguita (nelle articolazioni, nei nervi, nelle radici spinali, nei tendini) e della sostanza somministrata (farmaci anti-infiammatori, anestetici locali, alcol, ozono, ossigeno, acido ialuronico, pappa piastrinica, cellule staminali). Sono erogabili contributi per le sole infiltrazioni ambulatoriali eseguite a scopo curativo e non estetico.

A quanto ammonta il rimborso?

65% della spesa sostenuta fino all'importo massimo di 500 euro in 12 mesi

Ogni quanto é rimborsabile?

Tale massima di contributo erogabile, per ogni iscritto, ogni 12 mesi (temporizzazione mobile – art. 15) decorre dalla data della prima fattura rimborsata per tale terapie.

NOTA BENE

Il contributo comprende la prestazione sanitaria e il costo della sostanza somministrata (anche eventuale estrazione come per le cellule staminali e la pappa piastrinica)

ART 31

Farmaci e vaccini

Cosa devo presentare?

- ▶ Per i farmaci: prescrizione di un medico di base o di un medico specialista e scontrino o ricevuta di spesa (riportante il codice fiscale del fruitore)
- ▶ Per i colliri antibiotici far precisare nella ricetta medica che si prescrivono a seguito di intervento chirurgico oculistico (esempio: cataratta, chirurgia refrattiva, e così via).
- ▶ Per le vaccinazioni anti-meningococco, anti-pneumococco, anti-HPV e anti- Herpes Zoster (eseguite presso strutture sanitarie pubbliche e private) non é necessaria la prescrizione medica ma la scheda vaccinale nel caso non sia chiaramente indicato nella ricevuta di spesa il tipo di vaccinazione eseguita.

A quanto ammonta il rimborso?

- ▶ Farmaci: 60% della spesa fino all'importo massimo di 250 euro in 12 mesi.
- ▶ Vaccinazioni: 60% della spesa sostenuta

NOTA BENE

Il Prontuario Farmaceutico (Allegato B del testo normativo) contiene, oltre al nome commerciale del farmaco, la relativa molecola o principio attivo. Sono erogabili contributi solo per i farmaci che contengono la molecola (o principio attivo) così come è denominata nel Prontuario Farmaceutico. I colliri antibiotici sono rimborsabili soltanto se prescritti a seguito di un intervento chirurgico oculistico.

ART 34 COMMA 10

Consulenze nutrizionistiche

Cosa devo presentare?

- ▶ Le prestazioni sono rimborsabili se eseguite e fatturate da un Medico specialista in Scienze dell'Alimentazione o da professionisti iscritti alla sezione A dell'Ordine Nazionale dei Biologi.
- ▶ Non è necessaria la prescrizione del medico

A quanto ammonta il rimborso?

80% della spesa fino ad un importo massimo di 25 euro a seduta

Ogni quanto è rimborsabile?

12 consulenze ogni 36 mesi (temporizzazione mobile – art.15)

ART 39

Psicoterapia

Cosa devo presentare?

- ▶ Le prestazioni sono rimborsabili previa autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente che avrà cura di richiedere la necessaria documentazione utile a definire le terapie autorizzabili
- ▶ Prescrizione del medico/pediatra di base o Psicoterapeuta per un ciclo di 10 sedute
- ▶ Prescrizione di un professionista della terapia psicologica di struttura pubblica o accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale per un ciclo di 100 sedute
- ▶ Ricevuta di professionista iscritto all'Albo degli psicoterapeuti riportante il numero di sedute effettuate.

A quanto ammonta il rimborso?

75% della spesa fino ad un importo massimo di 42 euro a seduta (nuovo contributo in vigore dal 1 luglio 2022).

Ogni quanto é rimborsabile?

- ▶ Un ciclo di 10 sedute ogni 36 mesi prescritto dal medico/pediatra di base o Psicoterapeuta. (temporizzazione mobile – art. 15)
- ▶ Un ciclo do 100 sedute ogni 60 mesi prescritte da un professionista di struttura pubblica. (temporizzazione mobile – art. 15)
- ▶ Il limite di tempo (36 o 60 mesi) é definito dalla data della prima fattura presentata per il rimborso.
- ▶ I cicli di cura (da 10 e 100 sedute) sono alternativi tra loro.

NOTA BENE

Per queste prestazioni è necessaria la preventiva autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente

ARTT 50/60/61/62

Interventi chirurgici con ricovero in ambito privato

Cosa devo presentare?

- ▶ L'intervento è rimborsabile previa autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente che valuterà la documentazione, la necessità di ricorrere a una struttura sanitaria privata e la classe di appartenenza dell'intervento chirurgico (**Allegato C del testo normativo**)
- ▶ Ricevuta delle spese con l'indicazione del costo dell'equipe chirurgica, della sala operatoria, della degenza distinto dalla spesa per la stanza a pagamento (comfort alberghiero)
- ▶ Relazione di dimissione o pagina della cartella clinica con specifica del tipo di intervento e periodo di ospedalizzazione

A quanto ammonta il rimborso?

- ▶ 60% della spesa fino ad un massimo previsto per ciascuna classe.
- ▶ i contributi massimi erogabili sono i seguenti:
- ▶ **Classe 2:** massimo 500 euro;
- ▶ **Classe 3:** massimo 1.500 euro;
- ▶ **Classe 4:** massimo 3.500 euro.
- ▶ **Classe 5:** massimo 6.500 euro.

In caso di pernottamento presso la struttura di ricovero per il comfort alberghiero (se autorizzato dalla Linea Sanitaria) è previsto un contributo del 60% fino ad un massimo 500 euro.

NOTA BENE

Per queste prestazioni è necessaria la preventiva autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente



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

2023
Vademecum

