

OPZIONE SOSTITUTIVA DIRIGENTI, QUADRI SUPERIORI, AMMINISTRATORI E TITOLARI D'IMPRESA ADERENTI AL FASDAP	
PREMESSA	<p>La presente opzione è riservata a favore del personale delle Aziende iscritte al FASDAP appartenente alle categorie dei Dirigenti e dei Quadri Superiori e dei relativi nuclei familiari. Si precisa che i Dirigenti possono aderire solamente se non iscritti al FASI o ad altri Fondi di Assistenza Sanitaria analoghi. Possono aderire alla presente opzione anche gli Amministratori, i Titolari delle Imprese iscritte al Fasdapi ed i relativi nuclei familiari. La copertura per gli Amministratori e i Titolari d'Impresa viene assunta previa presentazione del "Questionario sanitario" che dovrà essere inoltrato al FASDAP per la sua valutazione.</p>
AREA RICOVERO	<p><b>1 - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</b></p> <p>Il rimborso di tutte le spese di cui al presente punto 1) è prestato fino alla concorrenza di Euro 250.000,00 per anno di copertura e per nucleo familiare. Il suddetto massimale s'intende raddoppiato in caso di grande intervento chirurgico, compreso fra quelli elencati nell'apposito allegato "A". Le prestazioni previste nella presente opzione s'intendono prestate indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.</p> <p><b>A) In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in Istituto di Cura, Day Hospital/Day Surgery, intervento chirurgico ambulatoriale,</b> sono rimborsate le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso, compreso l'intervento chirurgico ambulatoriale;</li> <li>- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e i materiali d'intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici o protesici applicati durante l'intervento;</li> <li>- le rette di degenza, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli esami post-intervento ed i medicinali durante il periodo di ricovero, i trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse le cure fisioterapiche, termali ed oncologiche se effettuate in regime di Day Hospital in caso di ricovero senza intervento chirurgico);</li> <li>- gli esami, i medicinali, le prestazioni mediche ed infermieristiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, nonché, solo a seguito d'intervento chirurgico, anche per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico, compreso l'intervento chirurgico ambulatoriale;</li> <li>- il trasporto dell'iscritto in ambulanza all'Istituto di Cura e viceversa, nonché il trasporto dell'iscritto e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di Euro 2.600,00;</li> <li>- il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, per un accompagnatore con il limite di Euro 52,00 giornaliero e con un massimo di 45 giorni;</li> <li>- in caso di trapianto, il prelievo di organi o parte di essi; il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;</li> <li>- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, la prestazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di Euro 2.600,00.</li> </ul> <p>Il rimborso delle spese previste al punto A) è prestato con l'applicazione di uno scoperto per ogni evento pari al:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% con il massimo di Euro 1.500,00 in caso di utilizzo di strutture non convenzionate o, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sulla parte di spesa relativa all'equipe medica se non convenzionata.</li> <li>- nessuno scoperto in caso d'intervento chirurgico ambulatoriale, day hospital o day surgery.</li> <li>- nessuno scoperto e/o franchigia in caso di prestazioni effettuate presso centri e con medici convenzionati o presso centri del Servizio Sanitario Nazionale.</li> </ul> <p><b>B) In caso di parto cesareo,</b> il rimborso delle spese previste al precedente punto A) viene effettuato fino alla concorrenza dell'importo di Euro 9.000,00 per evento e con il limite giornaliero per le rette di degenza di Euro 260,00.</p> <p>Il rimborso delle spese previste al punto B) è prestato con l'applicazione di uno scoperto per ogni evento pari al:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15% in caso di utilizzo di strutture non convenzionate o, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sulla parte di spesa relativa all'equipe medica se non convenzionata.</li> <li>- nessuno scoperto/franchigia in caso di prestazioni effettuate presso centri e con medici convenzionati o presso centri del Servizio Sanitario Nazionale.</li> </ul> <p><b>C) In caso di parto naturale</b> sono rimborsate le seguenti spese fino alla concorrenza dell'importo di Euro 3.500,00 per evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le rette di degenza con il limite massimo giornaliero di Euro 100,00;</li> <li>- gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero.</li> </ul> <p>Il rimborso delle spese previste al punto C) è prestato con l'applicazione di uno scoperto per ogni evento pari al:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% in caso di utilizzo di strutture non convenzionate o, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sulla parte di spesa relativa all'equipe medica se non convenzionata.</li> <li>- nessuno scoperto/franchigia in caso di prestazioni effettuate presso centri e con medici convenzionati o presso centri del Servizio Sanitario Nazionale.</li> </ul> <p><b>D) Indennità sostitutiva:</b> in caso di ricovero ove gli iscritti non sostengono, esclusi eventuali ticket, alcuna spesa in proprio per le prestazioni previste dal punto A), B), C) e non chiedono pertanto alcun rimborso, ad eccezione delle spese effettuate nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero stesso, sarà corrisposta un'indennità, per ogni giorno di ricovero con pernottamento in Istituto di Cura, pari a Euro 77,00 per una durata massima di 120 giorni per ciascun anno di copertura e per nucleo familiare.</p>
AREA EXTRAOSPEDALIERE	<p><b>2 - EXTRAOSPEDALIERE</b></p> <p><b>E) Prestazioni Specialistiche:</b> è previsto il rimborso, fino alla concorrenza di Euro 8.000,00 per anno di copertura e per nucleo familiare, delle seguenti prestazioni: amniocentesi, angiografia e angiografia digitale, arteriografia digitale, biopsia, broncografia, broncoscopia, cistografia, coronarografia, densitometria ossea, doppler, dialisi, diagnostica radiologica, ecodoppler, ecografia intravascolare, ecografia transesofagea, ecocardiografia, ecocardiografia a riposo e da sforzo, ecocontrastografia, ecotomografia, elettocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia con estensione a tutti gli esami di tipo invasivo, esame holter, esami istopatologici, flebografia, fluorangiografia oculare, isterosalpingografia, isteroscopia, laserterapia (terapia del dolore), mielografia, M.O.C., radionefrogramma, risonanza magnetica nucleare, scialografia con contrasto, scintigrafia, telecuore, tomografia assiale computerizzata, uroflussometria, urografia.</p> <p>In caso in cui ci si avvalga di strutture non convenzionate verrà applicato uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 50,00 per evento.</p> <p><b>F) Prestazioni Domiciliari ed Ambulatoriali:</b> è previsto il rimborso degli onorari medici per visite specialistiche (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché le prestazioni specialistiche garantite nell'ambito del massimale di cui al punto E), analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, fino a concorrenza della somma di Euro 2.600,00 per anno di copertura e per nucleo familiare.</p> <p>Il rimborso avverrà previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00 per evento.</p> <p><b>G) Protesi Ortopediche e Acustiche:</b> è previsto il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche, nel senso di sostituzione o riparazione di arti artificiali e apparecchi acustici, fino a concorrenza dell'importo di Euro 1.050,00 per anno di copertura e per nucleo familiare, con una franchigia di Euro 26,00 per evento.</p> <p><b>H) Prestazioni Oncologiche:</b> sono rimborsate, fino a concorrenza di Euro 5.000,00 per anno di copertura e per nucleo familiare, le spese sostenute dall'iscritto a seguito di patologie oncologiche per assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute; assistenza infermieristica professionale a domicilio; terapie irradianti.</p> <p>Nel caso in cui ci si avvalga di strutture non convenzionate verrà applicato uno scoperto del 10% per evento.</p> <p><b>I) Cure Dentarie:</b> in caso di utilizzo esclusivo di centri odontoiatrici convenzionati, sono rimborsate le spese sostenute per cure (compresa igiene orale), estrazioni, visite odontoiatriche ed ortodontiche fino a concorrenza dell'importo di Euro 750,00 per anno di copertura e per nucleo familiare. Il rimborso, in caso di strutture e/o medici convenzionati, avverrà previa applicazione dello scoperto del 10% con il minimo di Euro 75,00 per evento.</p> <p>Nel caso in cui non ci si rivolga ai Centri odontoiatrici convenzionati, sono rimborsate le spese sostenute per le prestazioni elencate nel "Nomenclatore tariffario odontoiatrico (allegato B)" fino alla concorrenza dei singoli limiti e delle prestazioni ivi indicati e del massimale di Euro 550,00 per anno di copertura e per nucleo familiare. Il rimborso avverrà previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 200,00 per evento.</p> <p>In caso di adesione avvenuta nel secondo semestre il suddetto massimale s'intende ridotto ad Euro 400,00 per anno di copertura e per nucleo familiare in caso di utilizzo di strutture e/o medici convenzionati, con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 75,00 per evento; ad Euro 300,00 per anno di copertura e per nucleo familiare, in caso di utilizzo strutture/medici non convenzionati, con applicazione di uno scoperto pari al 25% con il minimo di Euro 100,00.</p>
	<p><b>3 - TICKET:</b> qualora le spese sostenute nell'ambito delle prestazioni di cui ai precedenti punti vengano effettuate presso il SSN, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, entro il limite del massimale specifico di ogni garanzia, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.</p>
	<p><b>4 - ASSISTENZA DOMICILIARE:</b> in caso di malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'iscritto, che comporti la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane), saranno rimborsate le spese sostenute per assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute, fino a Euro 100,00 giornalieri per un massimo di 60 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura.</p>
	<p><b>5 - FORMA INTEGRATIVA:</b> è data facoltà agli Iscritti di richiedere i rimborsi anziché in forma completa come forma integrativa di altri Fondi di assistenza o altri Enti assicurativi, in tal caso la liquidazione dei rimborsi avverrà senza applicazione di alcuna franchigia.</p>
	<p><b>6 - ANTICIPATI:</b> Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richiede per un ricovero il pagamento di un deposito, sarà anticipato l'importo richiesto, previa presentazione di certificazione dell'Istituto di Cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio ed eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, l'indicazione del giorno di ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo, che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie. Trascorso tale periodo si avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero. Tale importo non potrà eccedere l'80% della somma prevista dal presente piano sanitario. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule, distinte e ricevute spesa, si procede al conguaglio.</p>
	<p><b>7 - MODALITA' DI RIMBORSO:</b> Per tutte le prestazioni sopra indicate, non sono ammesse a indennizzo le richieste di rimborso per importi complessivamente inferiori a Euro 25,00. Tale importo può essere raggiunto cumulando, nel corso dell'anno di copertura, più richieste relative a un medesimo nucleo familiare.</p>

OPZIONE SOSTITUTIVA DIRIGENTI, QUADRI SUPERIORI, AMMINISTRATORI E TITOLARI D'IMPRESA ADERENTI AL FASDAPI		
DEFINIZIONI	<b>Iscritto</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dal programma d'assistenza sanitaria.
	<b>Blue Assistance</b>	Società che gestisce il servizio di assistenza agli <i>Iscritti</i> , provvede alla liquidazione dei <i>sinistri</i> per conto della Società ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con gli <i>operatori sanitari</i> che ha convenzionato in Italia ed all'estero.
	<b>Centri odontoiatrici</b>	Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'Iscritto può fruire delle prestazioni mediche previste dal presente programma di assistenza sanitaria integrativa, rese necessarie dal Suo stato di salute.
	<b>Day Hospital/Day Surgery</b>	Degenza in Istituto di Cura che non comporta pernottamento e con la presenza continua, nella struttura, di un medico o di un anestesista.
	<b>Franchigia</b>	La somma prestabilita che in caso di sinistro l'Iscritto tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.
	<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
	<b>Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
	<b>Ingessatura</b>	Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.
	<b>Istituto di Cura</b>	Struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al ricovero dei malati.
	<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	<b>Nomenclatore tariffario odontoiatrico</b>	Elenco delle prestazioni previste, con i relativi vincoli e limiti di indennizzo.
	<b>Non autosufficienza</b>	E' considerata non autosufficiente la persona che: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana: <ul style="list-style-type: none"> <li>– lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;</li> <li>– nutrirsi: capacità di mangiare e bere;</li> <li>– muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;</li> <li>– vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.</li> </ul> </li> <li>◆ è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.</li> </ul>
	<b>Nucleo familiare</b>	Il nucleo familiare è composto da: <ul style="list-style-type: none"> <li>– il coniuge o il convivente more-uxorio;</li> <li>– i figli fiscalmente e non fiscalmente a carico.</li> <li>– Il neonato si intende incluso automaticamente fino al 60° giorno di vita.</li> </ul>
	<b>Operatori sanitari</b>	Le strutture sanitarie ( <i>istituto di cura</i> , poliambulatorio medico, centro diagnostico) ed i medici chirurghi convenzionati con la Centrale Operativa presso i quali l'Iscritto, previo accordo telefonico con gli stessi, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, <i>interventi</i> e <i>ricoveri</i> resi necessari dal Suo stato di salute, previsti dal presente programma di assistenza sanitaria integrativa.
	<b>Piano di cure</b>	Il documento nel quale il Centro Odontoiatrico descrive nel dettaglio il ciclo di cure di cui l'Iscritto necessita.
	<b>Ricovero</b>	La degenza comprendente pernottamento in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
	<b>Scoperto</b>	La percentuale di danno prestabilita che in caso di sinistro l'Iscritto tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestato il presente programma di assistenza sanitaria integrativa.	
<b>Società</b>	La SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONE	
ESCLUSIONI	<p>Il presente programma di assistenza sanitaria integrativa non è operante per il rimborso delle spese relative a :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Iscritto;</li> <li>b) intossicazioni da alcool, stupefacenti, psicofarmaci o da abuso di allucinogeni e simili;</li> <li>c) cure delle malattie mentali incluse le nevrosi e le psiconevrosi;</li> <li>d) infortuni sofferti in stato di ubriachezza;</li> <li>e) infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o alluvioni;</li> <li>f) malattie e infortuni derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o di assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati o dalle radiazioni dovute all'accelerazione artificiale di particelle atomiche;</li> <li>g) malattie e infortuni accaduti durante il servizio militare ad eccezione del richiamo in tempo di pace per addestramento;</li> <li>h) infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relativi allenamenti;</li> <li>i) visite per abilitazioni sportive, per patenti e simili;</li> <li>j) le prestazioni mediche intese ad eliminare o correggere malformazioni oppure difetti fisici preesistenti all'iscrizione;</li> <li>k) le visite o cure omeopatiche o altre prestazioni rientranti nella medicina non convenzionale;</li> <li>l) le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Iscritto abbia preso parte volontaria".</li> </ol>	

## Elenco Grandi Interventi Chirurgici

### CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRACRANICI.
- ASPORTAZIONE DI NEOPLASIE ENDOCRANICHE, DI ANEURISMI O PER CORREZIONE DI ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE.
- ASPORTAZIONE DI TUMORI ORBITALI PER VIA ENDOCRANICA.
- CRANIOPLASTICHE.
- CRANIOTOMIA PER EMATOMA INTRACEREBRALE.
- CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI.
- CRANIOTOMIA PER MALFORMAZIONI VASCOLARI NON ESCLUSE DALLA GARANZIA.
- CRANIOTOMIA PER NEOPLASIE.
- DERIVAZIONI LIQUORALI INTRACRANICHE O EXTRACRANICHE.
- EMISFERECTOMIA.
- ENDOARTERIECTOMIA O CHIRURGIA DEI VASI DEL COLLO.
- INTERVENTI CHIRURGICI PER NEOPLASIE DEI NERVI PERIFERICI.
- INTERVENTI PER DERIVAZIONE LIQUORALE DIRETTA O INDIRETTA.
- INTERVENTI ASSOCIATI SUL SIMPATICO TORACICO E SUI NERVI SPLANCNICI.
- INTERVENTI ENDORACHIDEI PER ASPORTAZIONE DI NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE E ALTRE AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI.
- INTERVENTI PER EPILESSIA FOCALE.
- INTERVENTI PER TUMORI DELLA BASE CRANICA PER VIA TRANS ORALE.
- INTERVENTI SULL'IPOFISI PER VIA TRANSFENOIDALE.
- LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRAMIDOLLARI.
- LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-MIDOLLARI DEL COLLO.
- MALFORMAZIONI ANEURISMATICHE (ANEURISMI SACCOLARI, ANEURISMI ARTERO-VENOSI).
- NEUROTOMIA RETROGASSERIANA - SEZIONE INTRACRANICA DI ALTRI NERVI.
- OPERAZIONI ENDOCRANICHE PER ACCESSO ED EMATOMA INTRACRANICO.
- OPERAZIONI PER ENCEFALO MENINGOCELE.
- PSICHOCHIRURGIA.
- SURRENELECTOMIA ED ALTRI INTERVENTI SULLA CAPSULA SURRENALE.
- TALAMOTOMIA, PALLIOTOMIA ED ALTRI INTERVENTI SIMILARI.
- TERAPIA CHIRURGICA DELLE FISTOLE ARTEROGENOSE:
  1. AGGRESSIONE DIRETTA
  2. LEGATURA VASO-AFFERENTE INTRA-CRANICO
  3. LEGATURA VASO-AFFERENTE EXTRA-CRANICO
- TRATTAMENTO ENDOVASALE DELLE MALFORMAZIONI VASCOLARI MIDOLLARI.
- VAGOTOMIA PER VIA TORACICA.

### FACCIA E BOCCA

- ASPORTAZIONE DELLA PAROTIDE PER NEOPLASIE MALIGNI.
- CONDILECTOMIA MONOLATERALE E BILATERALE CON CONDILO PLASTICA PER ANCHILOSI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE.
- CORREZIONE DI NASO A SELLA.
- DEMOLIZIONE DELL'OSSEO FRONTALE.
- DEMOLIZIONE DEL MASSICCIO FACCIALE CON SVUOTAMENTO ORBITARIO.
- FRATTURE DEI MASCELLARI SUPERIORI - TRATTAMENTO CHIRURGICO ED ORTOPEDICO.
- FRATTURE DEL CONDILO E DELL'APOFISI CORONOIDE MANDIBOLARE - TRATTAMENTO CHIRURGICO ED ORTOPEDICO.
- INTERVENTI AMPIAMENTE DEMOLITIVI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE.
- INTERVENTI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE.
- INTERVENTI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE CON SVUOTAMENTO GANGLIONARE CONTEMPORANEO.
- INTERVENTI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE E DELLA TONSILLA CON SVUOTAMENTO GANGLIONARE.
- OPERAZIONI DEMOLITRICI PER TUMORI DEL MASSICCIO FACCIALE CON SVUOTAMENTO ORBITARIO.
- PAROTIDECTOMIA CON CONSERVAZIONE DEL FACCIALE.
- PLASTICA PER PARALISI DEL NERVO FACCIALE.
- RESEZIONE DEL MASCELLARE SUPERIORE.
- RESEZIONE DEL MASSICCIO FACCIALE E PER NEOFORMAZIONI MALIGNI.
- RIDUZIONE FRATTURE MANDIBOLARI CON OSTEOSINTESI.

### COLLO

- ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE PER INFIAMMAZIONI CRONICHE E NEOPLASIE BENIGNE E TUMORI MALIGNI.
- INTERVENTI PER ASPORTAZIONE DI TUMORI MALIGNI DEL COLLO.
- SVUOTAMENTO GANGLIONARE LATEROCERVICALE BILATERALE.
- SVUOTAMENTO GHIANDOLARE LATEROCERVICALE BILATERALE.
- SVUOTAMENTO GHIANDOLARE BILATERALE.
- TIROIDECTOMIA PER NEOPLASIE MALIGNI.

### ESOFAGO

- COLLOCAZIONE DI PROTESI ENDOESOFAGEE PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA.
- DECONNESSIONI AZYGOS PORTALI PER VIA ADDOMINALE E/O TRANS TORACICA PER VARICI ESOFAGEE.
- ESOFAGOGASTROPLASTICA, ESOFAGODIGIUNOPLASTICA, ESOFAGOCOLONPLASTICA.
- INTERVENTI NELL'ESOFAGITE, NELL'ULCERA ESOFAGEA E NELL'ULCERA PEPTICA POST-OPERATORIA.
- INTERVENTI PER DIVERTICOLO DELL'ESOFAGO.
- LEGATURA DI VARICI ESOFAGEE.
- MEDIASTINOTOMIA SOPRASTERNALE PER ENFISEMA MEDIASTINICO.
- MIOTOMIA ESOFAGO-CARDIALE EXTRAMUCOSA E PLASTICA ANTIREFLUSSO.
- OPERAZIONE SULL'ESOFAGO PER STENOSI BENIGNE, PER TUMORI, RESEZIONI PARZIALI BASI, ALTE E TOTALI.
- RESEZIONE DELL'ESOFAGO CERVICALE.
- RESEZIONE TOTALE ESOFAGEA CON ESOFAGO-PLASTICA IN UN TEMPO.

### TORACE

- ASPORTAZIONE DEL TIMO.
- ASPORTAZIONE DI TUMORI BRONCHIALI PER VIA ENDOSCOPICA.
- ASPORTAZIONE DI TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO DEL CAVO ASCELLARE.
- DECORTICAZIONE POLMONARE.
- EXERESI PER TUMORI DELLE COSTE O DELLO STERNO.
- INTERVENTI PER FISTOLE BRONCHIALI CUTANEE.
- INTERVENTI PER FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI.
- INTERVENTI SUL MEDIASTINO PER TUMORI.
- MASTECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON SVUOTAMENTO LINFOGHIANDOLARE DELLA MAMMARIA INTERNA E DEL CAVO ASCELLARE.

### VASI

- DISOSTRUZIONE BY-PASS AORTA ADDOMINALE.
- INTERVENTI DI RIVASCOLARIZZAZIONE EXTRA-ANATOMICI.
- INTERVENTI PER ANEURISMI DEI SEGUENTI VASI ARTERIOSI: CAROTIDI, VERTEBRALI, SUCCLAVIA, TRONCO BRACHIO-CEFALICO, ILIACHE.

- PLEURO PNEUMECTOMIA.
- PNEUMECTOMIA.
- PNEUMOLISI A CIELO APERTO.
- PNEUMOTOMIA PER ASPORTAZIONE DI CISTI DA ECHINOCOCCO.
- RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO.
- RESEZIONI SEGMENTARIE E LOBECTOMIA.
- TORACOPLASTICA PARZIALE E TOTALE.
- TORACECTOMIA ESPLORATIVA.
- TORACOTOMIA ESPLORATIVA.

### CHIRURGIA CARDIACA

- ASPORTAZIONE DEI TUMORI ENDOCAVITARI DEL CUORE.
- BY-PASS AORTO-CORONARICO CON VENA.
- BY-PASS AORTO-CORONARICO E RESEZIONE ANEURISMA DEL VENTRICOLO SINISTRO.
- COMMISUROTOMIA.
- IMPIANTO DI ARTERIA MAMMARIA SECONDO VINEBERG SINGOLO E DOPPIO.
- IMPIANTO DI PACE-MAKER EPICARDIO PER VIA TORACOTOMICA O FRENICO-PERICARDICA.
- INFARTECTOMIA IN FASE ACUTA.
- INTERVENTI A CUORE APERTO.
- INTERVENTI A CUORE CHIUSO.
- INTERVENTI PER CORPI ESTRANEI DEL CUORE.
- INTERVENTI PER MALFORMAZIONI DEL CUORE E DEI GROSSI VASI ENDOTORACICI.
- OPERAZIONE PER EMBOLIA DELL'ARTERIA POLMONARE.
- PERICARDIECTOMIA.
- RESEZIONE ANEURISMA DEL VENTRICOLO SINISTRO.
- SOSTITUZIONE VALVOLARE CON PROTESI.
- SUTURA DEL CUORE PER FERITE.
- VALVULOPLASTICA DELLA MITRALE O DELL'AORTA.

### STOMACO E DUODENO

- CARDIOMIOTOMIA EXTRAMUCOSA.
- ESOFAGO-CARDIOPLASTICA.
- GASTRECTOMIA TOTALE.
- GASTRECTOMIA TOTALE PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA.
- INTERVENTO PER FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA.
- INTERVENTI DI RECONVERSIONE PER DUMPING SYNDROME.
- INTERVENTO PER MEGA ESOFAGO.
- PIROPLASTICA + VAGOTOMIA.
- REINTERVENTO PER MEGA ESOFAGO.
- RESEZIONE GASTRICA.
- RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA POST-ANASTOMOTICA.
- SUTURA DI PERFORAZIONE GASTRICHE ED INTESTINALI NON TRAUMATICHE.

### PERITONEO E INTESTINO

- COLECTOMIA SEGMENTARIA.
- COLECTOMIA TOTALE.
- EMICOLECTOMIA DESTRA E LINFADENECTOMIA PER VIA LAPAROSCOPICA.
- ENTEROANASTOMOSI.
- EXERESI DI TUMORI RETROPERITONALI.
- LAPARATOMIA PER CONTUSIONI E FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME CON LESIONI DELL'INTESTINO-RESEZIONE INTESTINALE.
- LAPARATOMIA PER CONTUSIONI E FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME CON LESIONI DI ORGANI INTERNI PARENCHIMALI.
- OCCLUSIONE INTESTINALE DI VARIA NATURA - RESEZIONE INTESTINALE.
- RESEZIONE DEL TENUE.
- RESEZIONE ILEO-CECALE.
- RESEZIONE INTESTINALE.
- SUTURA DELLA LESIONE.

### RETTO E ANO

- AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA ADDOMINO-PERINEALE (IN PIU' TEMPI).
- AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA ADDOMINO-PERINEALE (IN UN TEMPO).
- AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA ADDOMINO-PERINEALE.
- AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA PERINEALE.
- AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA SACRALE.
- OPERAZIONE PER MEGA COLON.
- RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO.

### FEGATO E VIE BILIARI

- ANASTOMOSI BILIO-DIGESTIVE.
- COLECISTECTOMIA.
- DRENAGGIO BILIODIGESTIVO INTRAEPATICO.
- EPATICO E COLEDOCOTOMIA.
- EPATICO-DIGIUNO-DUODENOSTOMIA.
- EPATOTOMIA SEMPLICE PER CISTI DA ECHINOCOCCO.
- INTERVENTI PER LA RICOSTRUZIONE DELLE VIE BILIARI.
- INTERVENTO DI DRENAGGIO INTERNO DELLE VIE BILIARI (COLECISTO GASTROSTOMIA, COLECISTO ENTEROSTOMIA).
- PAPILOTOMIA PER VIA TRANS-DUODENALE.
- RESEZIONE EPATICA.

### PANCREAS E MILZA

- ANASTOMOSI MESENTERICA-CAVA.
- ANASTOMOSI PORTA-CAVA E SPLENO-RENALE.
- DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE.
- DUODECOCEFALO-PANCREATECTOMIA CON O SENZA LINFADENECTOMIA.
- INTERVENTI PER TUMORI ENDOCRINI FUNZIONALI DEL PANCREAS.
- INTERVENTI DEMOLITIVI DEL PANCREAS:
  1. TOTALE O DELLA TESTA;
  2. DELLA CODA.
- INTERVENTI DI NECROSI ACUTA DEL PANCREAS.
- INTERVENTI PER CISTI E PSEUDOCISTI DEL PANCREAS:
  1. ENUCLEAZIONE DELLE CISTI;
  2. MARSUPIALIZZAZIONE;
  3. CISTOVISCERANASTOMOSI.
- INTERVENTI PER FISTOLE PANCREATICHE.
- SPLENECTOMIA.

### APPARATO GENITALE

- CREAZIONE OPERATORIA DI VAGINA ARTIFICIALE (DA SIGMA).
- CREAZIONE DI CONDOTTO VAGINALE CON INSERIMENTO DI PROTESI.
- CREAZIONE DI CONDOTTO VAGINALE CON RIVESTIMENTO EPIDERMICO.
- CURA CHIRURGICA DI FISTOLA VESCICO-VAGINALE.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- INTERVENTI PER FISTOLA AORTO-ENTERICA.</li> <li>- INTERVENTI PER STENOSI DELL'ARTERIA RENALE, MESENTERICA SUPERIORE O CELIACA.</li> <li>- INTERVENTI PER STENOSI OD OSTRUZIONI DELLA CAROTIDE EXTRACRANICA O SUCCALVIA O ARTERIA ANONIMA.</li> <li>- INTERVENTI SULLA VENA CAVA SUPERIORE O INFERIORE.</li> <li>- OPERAZIONE SULL'AORTA TORACICA E SULL'AORTA ADDOMINALE.</li> <li>- RESEZIONE ARTERIOSA CON PLASTICA VASALE.</li> <li>- TRATTAMENTO DELL'ELEFANTIASI DEGLI ARTI.</li> </ul> <p><b>PEDIATRIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE O RETTO-VULVARE; ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE.</li> <li>- ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE; ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE.</li> <li>- ATRESIA DELL'ESOFAGO.</li> <li>- CISTI E TUMORI TIPICI DEL BAMBINO DI ORIGINE BRONCHIALE ENTEROGENA E NERVOSA (SIMPATOBlastoma).</li> <li>- ETERTOMIA SACROCOCCIGEO.</li> <li>- FISTOLA DELL'ESOFAGO.</li> <li>- FISTOLE E CISTI DEL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE.</li> <li>- IDROCEFALO IPERSECRETIVO.</li> <li>- MEGACOLON: OPERAZIONE ADDOMINO PERINEALE DI BUHAMEL O SWENSON.</li> <li>- MEGAUETERE: RESEZIONE CON REIMPIANTO; RESEZIONE CON SOSTITUZIONE DI ANSA INTESTINALE.</li> <li>- NEFRECTOMIA PER TUMORE DI WILLMS.</li> <li>- POLMONE CISTICO E POLICISTICO (LOBECTOMIA, PNEUMECTOMIA).</li> <li>- TRATTAMENTO DELLE ATRESIE DELLE VIE BILIARI.</li> <li>- TRATTAMENTO DI ERNIE DIAFRAMMATICHE.</li> <li>- TRATTAMENTO DI STENOSI TRACHEALI.</li> </ul> <p><b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ARTRODESI GRANDI SEGMENTI.</li> <li>- ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE.</li> <li>- ARTROPROTESI DI ANCA.</li> <li>- ARTROPROTESI DI GINOCCHIO.</li> <li>- ARTROPROTESI DI GOMITO.</li> <li>- DISARTICOLAZIONE INTERSCAPOLO TORACICA.</li> <li>- EMIPLEVECTOMIA.</li> <li>- PROTESI DI FEMORE.</li> <li>- PROTESI DI GINOCCHIO.</li> <li>- PROTESI DI POLSO.</li> <li>- PROTESI DI SPALLA E GOMITO.</li> <li>- PROTESI DI THOMPSON.</li> <li>- RICOSTRUZIONE-OSTEOSINTESI FRATTURA EMIBACINO.</li> <li>- RIDUZIONE CRUENTA E STABILIZZAZIONE SPONDILOLISTESI.</li> <li>- TRATTAMENTO CRUENTO DEI TUMORI OSSEI.</li> <li>- VERTEBROTOMIA.</li> </ul> <p><b>UROLOGIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CISTECTOMIA TOTALE.</li> <li>- CISTECTOMIA TOTALE CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA.</li> <li>- DERIVAZIONE URINARIA CON INTERPOSIZIONE INTESTINALE.</li> <li>- ENTEROCISTOPLASTICA DI ALLARGAMENTO.</li> <li>- ESTROFIA VESCICALE E DERIVAZIONE.</li> <li>- FISTOLE VESCICO-VAGINALE.</li> <li>- ILEOCISTO PLASTICA-COLOCISTO PLASTICA.</li> <li>- INTERVENTO PER ESTROFIA DELLA VESCICA.</li> <li>- INTERVENTO PER FISTOLA VESCICO-INTESTINALE.</li> <li>- INTERVENTO PER FISTOLA VESCICO-RETTALE.</li> <li>- NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE.</li> <li>- NEFROTOMIA BIVALVE IN IPOTERMIA (TECNICA NUOVA).</li> <li>- NEFROURETERECTOMIA TOTALE.</li> <li>- NEFROURETERECTOMIA TOTALE (TAGLIO ALLARGATO).</li> <li>- PLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE E MONOLATERALE.</li> <li>- PROSTATECTOMIA RADICALE CON LINFADENECTOMIA.</li> <li>- RESEZIONE RENALE CON CLAMPAGGIO VASCOLARE.</li> <li>- RESEZIONE URETRALE E URETRORRAFIA.</li> <li>- SURRENALECTOMIA.</li> <li>- URETERO-ILEO-ANASTOMOSI (O COLLO BILATERALE TOTALE).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CURA CHIRURGICA DI FISTOLA URETERALE.</li> <li>- CURA CHIRURGICA DI FISTOLA RETTO-VAGINALE.</li> <li>- EVISCERAZIONE PELVICA.</li> <li>- INTERVENTO VAGINALE E ADDOMINALE PER INCONTINENZA URINARIA.</li> <li>- ISTERECTOMIA PER VIA VAGINALE.</li> <li>- ISTERECTOMIA TOTALE CON ANNESSIECTOMIA PER VIA LAPAROTOMICA.</li> <li>- ISTERECTOMIA TOTALE PER VIA LAPAROTOMICA.</li> <li>- METROPLASTICA.</li> <li>- ORCHIECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE.</li> <li>- ORCHIECTOMIA PER TUMORE.</li> <li>- ORCHIECTOMIA PER NEOPLASIE MALIGNI CON LINFOADENECTOMIA.</li> <li>- PANNISTERECTOMIA RADICALE PER VIA ADDOMINALE.</li> <li>- PANNISTERECTOMIA RADICALE PER VIA VAGINALE.</li> <li>- VULVECTOMIA ALLARGATA E TOTALE.</li> </ul> <p><b>OCULISTICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ESTRAZIONE DI CORPO ESTRANEO ENDO-BULBARE NON CALAMITABILE.</li> <li>- IRIDOCICLORETRAZIONE.</li> <li>- TRABECULOTOMIA</li> </ul> <p><b>OTORINOLARINGOIATRIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ANASTOMOSI E TRAPIANTI NERVOSI.</li> <li>- ASPORTAZIONE DI TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO.</li> <li>- ASPORTAZIONE DI TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO E DEL TEMPORALE.</li> <li>- ASPORTAZIONE DI TUMORI E COLESTEATOMI DELLA ROCCA PETROSA.</li> <li>- ASPORTAZIONE TUMORI PARAFARINGEI.</li> <li>- CHIRURGIA DEL NERVO FACCIALE NEL TRATTO INFRATEMPORALE.</li> <li>- CHIRURGIA DEL SACCO ENDOLINFATICO.</li> <li>- CHIRURGIA DELLA SINDROME DI MENIERE.</li> <li>- CHIRURGIA DELLA SORDITÀ OTOSCLEROTICA.</li> <li>- CHIRURGIA DELL'OTITE COLESTEATOMATOSA.</li> <li>- CHIRURGIA ENDOAURICOLARE DELLA VERTIGINE.</li> <li>- CHIRURGIA TRANSLABIRINTICA DELLA VERTIGINE.</li> <li>- DECOMPRESSIONE DEL NERVO FACCIALE.</li> <li>- DECOMPRESSIONE DEL NERVO FACCIALE CON INNESTO O RAFIA.</li> <li>- DISTRUZIONE DEL LABIRINTO.</li> <li>- EXERESI DI NEURINOMA DELL'VIII NERVO CRANICO.</li> <li>- EXERESI DI PARAGANGLIOMA TIMPANO-GIUGULARE.</li> <li>- EXERESI FIBRANGIOMA RINOFARINGEO.</li> <li>- INTERVENTI PER OTOSCLEROSI.</li> <li>- NEORINOMA DELL'OTTAVO PAIO.</li> <li>- RESEZIONE DEL NERVO PETROSO SUPERFICIALE.</li> <li>- RICOSTRUZIONE DELLA CATENA OSSICULARE.</li> <li>- SEZIONE DEL NERVO COCLEARE.</li> <li>- SEZIONE DEL NERVO VESTIBOLARE.</li> <li>- TIMPANOPLASTICA.</li> </ul> <p><b>LARINGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FARINGOLARINGECTOMIA.</li> <li>- INTERVENTO PER PARALISI DEGLI ABDUTTORI.</li> <li>- LARINGECTOMIA ORIZZONTALE SOPRAGLOTTICA.</li> <li>- LARINGECTOMIA PARZIALE VERTICALE.</li> <li>- LARINGECTOMIA RICOSTRUTTIVA.</li> <li>- LARINGECTOMIA TOTALE.</li> <li>- LARINGOFARINGECTOMIA.</li> <li>- TUMORI MALIGNI DI ALTRE SEDI (TONSILLE, ECC.).</li> <li>- TUMORI MALIGNI DI ALTRE SEDI (TONSILLE, ECC.) CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE.</li> <li>- TUMORI PARAFARINGEI.</li> </ul> <p><b>TRAPIANTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TRAPIANTI ORGANI DEGLI APPARATI: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CIRCOLATORIO;</li> <li>2. Digerente;</li> <li>3. Respiratorio;</li> <li>4. URINARIO.</li> </ol> </li> <li>- TRAPIANTO CORNEA.</li> <li>- TRAPIANTI OSSEI.</li> </ul>
---	---

**NOMENCLATORE**

**PREMESSE GENERALI**

Non sono rimborsabili:

- ◆ le terapie odontoiatriche con finalità estetiche;
- ◆ qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza diurna, analgesia profonda;
- ◆ qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in ricovero notturno; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza notturna, analgesia profonda o anestesia generale;
- ◆ l'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi".

Qualsiasi prestazione non specificatamente descritta non è rimborsabile.

L'anestesia locale è compresa nelle prestazioni, laddove necessaria.

**VISITA SPECIALISTICA - RADIOLOGIA ODONTOIATRICA E FOTOGRAFIE**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21), il Dentascan.

Non è rimborsabile la radiografia endorale o radiografia oclusale, fotografia o immagine video intraorale, salvo quelle richieste e descritte per alcune prestazioni.

**AVVERTENZE:** La radiografia Ortopanoramica dentaria (O.P.T.) pre-cure si ritiene valida se eseguita non più di 4 (quattro) anni prima dell'inizio delle cure/prestazioni risultanti sul "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso". Le radiografie: Rx endorali periacicali o oclusali e le fotografie o immagini video intraorali si ritengono valide se eseguite non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio delle cure risultanti nel "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso".

Il telecranio con esame cefalometrico pre-cure si ritiene valido se eseguito non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio del trattamento.

Le radiografie e fotografie post-cura devono essere eseguite alla fine delle cure.

**Nota Bene:** Gli esami pre e post cure per essere validi devono essere:

solo indagini radiografiche pre e post cure oppure solo indagini fotografiche pre e post cure.

I costi di tali esami non possono essere tra loro sommati sia nelle pre-cure, sia nel post-cure. Non sono valide le diapositive.

A titolo esemplificativo, al fine di avere una congruenza tra indagini radiologiche e/o fotografiche tra pre-cure e post-cure, si deve inviare nel post-cure la medesima tipologia di indagine inviata nel pre-cure:

**pre-cure:** Rx (O.P.T. o endorale) --> post-cure: Rx (O.P.T. o endorale o oclusale)

**pre-cure:** fotografia o immagine video intraorale --> post-cure: fotografia o immagine video intraorale.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
1	Prima visita con "Progetto di cure" - preventivo di spesa		Massimo 1 volta l'anno.	€ 30,00
2	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie pre e post-cure	Fototimbro o pennarello indelebile sull'O.P.T. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno.	€ 30,00
3	Rx endorale periacicale: devono essere visibili almeno 3 elementi dentari contigui o la zona anatomica contigua (lastrine 4 x 3)	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile sul porta lastrine	Al massimo 3 lastrine pre-cure e 3 lastrine post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 12,00
4	Rx oclusale: in caso di grandi riabilitazioni laddove non siano sufficienti le 3 (tre) Rx endorali/fotografie intraorali post-cure o non sia possibile eseguire una O.P.T. post-cure	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile su Rx oclusale	Al massimo 2 Rx oclusali post-cure: 1 radiogramma per arcata superiore, 1 radiogramma per arcata inferiore; unicamente in riferimento alla prestazioni richieste	€ 12,00
5	In alternativa ad O.P.T. e/o Rx endorale periacicale: fotografia o immagine video intraorale	Pennarello indelebile sulle foto che indichi nome, cognome e data; se fotografie digitali medesimi riferimenti scritti con il computer. Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia	Al massimo 3 fotografie pre-cure e massimo 3 fotografie post-cure o 2 fotografie intraorali oclusali pre e post-cure in caso di grandi riabilitazioni; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00
6	Telecranio pre e post cure (qualsiasi numero di proiezioni) compreso eventuale esame cefalometrico pre-cure ortodontiche	Fototimbro o pennarello indelebile sulla radiografia. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno. Non rimborsabile se eseguite le fotografie pre e post cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 35,00
7	In alternativa a Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure ortodontiche per la terapia ortodontica funzionale rimovibile (cod. 63): fotografia del morso/morso inverso	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie pre-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00
8	In alternativa al Telecranio post-cure per terapie ortodontiche fissa e funzionale rimovibile (cod. 62 e 63): fotografia dei modelli in occlusione	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00

**IGIENE ORALE**

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
9	Detartrasi sopragengivale e/o sottogengivale per entrambe le arcate	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 1 anno. Non sovrapponibile a scaling e root planing nello stesso anno	€ 35,00

**PARODONTOLOGIA**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate ed emiarcate o elementi dentari.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
10	Intervento di chirurgia gengivale o scaling e root planing a cielo aperto - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 360,00
11	Intervento di chirurgia mucogengivale o di approfondimento di fornice inclusa frenulectomia o frenulotomia - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 400,00
12	Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 280,00
13	Intervento per gengivectomia o gengivoplastica - per emiarcata (come unica prestazione - non associabile ad altre)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 175,00
14	Utilizzo di materiali biocompatibili - per emiarcata (qualsiasi tipo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 200,00
15	Scaling e root planing - per emiarcata	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 2 anni per la stessa emiarcata. Non sovrapponibile a detartrasi sopragengivale e sottogengivale nello stesso anno.	€ 65,00
16	Bloccaggio interdentale - per emiarcata (qualsiasi materiale utilizzato)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 130,00

**CHIRURGIA ORALE**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

Sono riconosciuti come rimborsabili unicamente gli interventi chirurgici sotto elencati, svolti ambulatorialmente ed in anestesia locale

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
17	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione III° apicale della radice - per elemento (qualsiasi numero di radici - compresa chiusura apice chirurgico)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 180,00
18	Intervento per prelievo biptico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per un unico tempo chirurgico)	Copia referto istologico	Una volta nella stessa zona anatomica, salvo autorizzazione medica. Costo esame istologico non rimborsabile.	€ 75,00
19	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transucrose (qualsiasi tipo), per trazione elementi infraocclusione o parzialmente erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio - per elemento		Mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 110,00

20	Avulsione (estrazione) semplice o complessa di dente o radice, o rimozione semplice o complessa di fixture in titanio - per elemento - per fixture (per qualsiasi numero di radici di elementi pluriradicolati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€	50,00
21	Avulsione (estrazione) chirurgica di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale, o germectomia, o rimozione di fixture in titanio in inclusione ossea - per elemento per fixture (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicolati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€	90,00
22	Avulsione (estrazione) chirurgica di III° molare in disodontiasi - per elemento (comprese eventuali radici ritenute)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€	130,00
23	Intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici - per emiarcata	Rimborsabile esclusivamente in caso di riabilitazione protesica rimovibile contestuale o pregressa	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€	180,00
24	Frenulectomia e/o frenulotomia - per arcata		Mai ripetibile per la stessa arcata	€	100,00
25	Interventi di piccola chirurgia orale: incisione di ascessi o asportazione di cisti mucose o di piccole neoplasie - per emiarcata	Nel caso di asportazione cisti mucose o piccole neoplasie, copia referto istologico. In caso di ascesso invio copia diario clinico che espliciti l'elemento/gli elementi dentari, coinvolti nel processo suppurativo	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa emiarcata. Costo esame istologico non rimborsabile	€	90,00
26	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti compresa eventuale resezione dell'osso alveolare	Copia referto istologico	Una volta, mai ripetibile. Costo esame istologico non rimborsabile	€	125,00
27	Avulsione (estrazione) di singola/e radice/i di dente pluriradicolato compresa rizotomia - per elemento (qualsiasi numero di radici - compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€	100,00
28	Separazione di radici in dente pluriradicolato - per elemento (qualsiasi numero di radici compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€	70,00

**CONSERVATIVA**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

E' rimborsabile solo un'otturazione per dente. Non sono rimborsabili le otturazioni, qualsiasi tipo, su denti devitalizzati.

Di norma, la prima e seconda classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da primo premolare a terzo molare sup./inf.; la terza e quarta classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da canino a canino sup./inf.; la quinta classe di Black è riferita a qualsiasi elemento dentario.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
29	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 30,00
30	Intarsi in oro o ceramica (e similari) inlay-onlay-overlay compreso provvisorio - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento. Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	€ 280,00
31	I classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a II - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00
32	II classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 80,00
33	III classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00
34	IV classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - III classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 80,00
35	V classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00
36	Ricostruzione del dente con perni endocanalari - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per stesso elemento	€ 110,00

**ENDODONZIA**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

di solito 1 canale è presente negli incisivi centrali, laterali, superiori ed inferiori, nei canini superiori ed inferiori; 2 canali nei quattro premolari superiori ed inferiori; 3 o più canali nei 12 molari.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
37	Trattamento endodontico monocanalare - per elemento (1 canale - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 90,00
38	Trattamento endodontico bicanalare - per elemento (2 canali - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 150,00
39	Trattamento endodontico tricanalare o più - per elemento (3 canali o più - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 200,00
40	Asportazione tessuto pulpare parziale o totale ed eventuale otturazione della camera pulpare - per elemento (qualsiasi numero di canali)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 70,00
41	Ritratamento endodontico rimborsabile per massimo 3 canali - per elemento (compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale preendodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 100,00

**GNATOLOGIA**

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
42	Molaggio selettivo parziale o totale. Massimo 1 seduta		Non ripetibile prima di 1 anno	€ 90,00
43	Bite plane, o orto bite, o bite guard	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 2 anni	€ 300,00

**IMPLANTOLOGIA**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

Per il cod. 44 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

◆ **PRE-CURE:**

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".

◆ **POST-CURE:**

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";

<ul style="list-style-type: none"> <li>Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";</li> <li>Max 2 Rx occlusali "post-cure";</li> <li>Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".</li> <li>Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);</li> <li>O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;</li> </ul> <p><b>Nota bene:</b> Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post-cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n. 2 Rx occlusali.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.</li> </ul> <p><b>Attenzione:</b> Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.</p>				
CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
44	Posizionamento di fixture - qualsiasi tipo di fixture - come unica prestazione - per fixture (per le procedure di rimborso vedi premesse specifiche della sottobranchia)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia. Vedi cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5.	Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 1.000,00
45	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo, (prelievo intraorale) e/o utilizzo di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o apertura del seno mascellare (per complicanze post-estrattive, presenza corpo estraneo, etc.) - intervento ambulatoriale - per emiarcata	Unicamente O.P.T. pre e post cure. Copia diario clinico. Non sono possibili RX endorali, Rx occlusali o fotografie	Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata. In caso dovessero essere eseguiti 2 interventi chirurgici contemporaneamente in una unica seduta operatoria il secondo intervento verrà rimborsato al 50%	€ 700,00

**PROTESI FISSE E RIMOVIBILI**

**Premesse specifiche della sottobranchia**  
Qualsiasi prestazione di protesi fissa e/o rimovibile non è rimborsabile prima di 6 mesi, anche se necessaria per la protesizzazione di una fixture (impianto) sullo stesso elemento.  
Le voci protesi parziale rimovibile, protesi scheletrata, protesi totale, non sono fra loro compatibili sulla stessa arcata/emiarcata.  
Per i cod. 46, 47 e 48 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

♦ **PRE-CURE:**  
O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".

♦ **POST-CURE:**  
O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".
- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;

**Nota bene:** Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post-cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n. 2 Rx occlusali;

- Copia certificazione del laboratorio odontotecnico dettagliata, ove richiesto;
- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.

**Attenzione:** Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.

**PROTESI FISSE**

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
46	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 240,00
47	Elemento fuso in lega preziosa o lega preziosa e faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resina fresata, o elemento metallo-composito, o elemento metallo-resina per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 400,00
48	Elemento metallo-ceramica o metal free o AGC e porcellana - qualsiasi tipo - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 600,00
49	Elemento in resina provvisorio - per elemento		Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€ 60,00
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato - qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€ 80,00
51	Perno moncone fuso in lega preziosa o lega non preziosa o ceramici (qualsiasi tipo) - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 180,00
52	Rifacimento moncone protesico - qualsiasi materiale - per elemento	Rimborsabile esclusivamente in caso di protesizzazione progressiva o contestuale di un elemento dentario	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 140,00
53	Rimozione corone o perni pre-esistenti - qualsiasi tipo (per singoli elementi/pilastrini - per singoli perni) - non sono rimborsabili gli elementi intermedi eventualmente presenti		Non ripetibile prima di 5 anni	€ 45,00
54	Riparazione di faccette in resina o ceramica		Non ripetibile prima di 2 anni	€ 35,00

**PROTESI RIMOVIBILI**

**Nota bene:** Per protesi totale definitiva (cod. 58) in caso di Overdenture su denti naturali è possibile richiedere il cod. 58 inviando una dichiarazione dell'Odontoiatra che espliciti il suddetto tipo di trattamento.

CODICE	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
55	Protesi scheletrata (qualsiasi tipo di lega) - per arcata - completa di elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 960,00
56	Struttura parziale rimovibile definitiva (qualsiasi tipo) - per emiarcata - completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 400,00
57	Struttura parziale rimovibile provvisoria (qualsiasi tipo) - per emiarcata - completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa emiarcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 280,00
58	Protesi totale definitiva con elementi in ceramica o in resina - in pazienti totalmente edentuli - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 850,00
59	Protesi totale immediata - per arcata	Comprovato da copia certificazione del	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa	€ 700,00

		laboratorio odontotecnico	arcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	
<b>60</b>	Ribasamento di protesi rimovibile - sistema diretto o indiretto - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico in caso di ribasamento indiretto	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa arcata.	€ 150,00
<b>61</b>	Attacchi di precisione - per elemento (qualsiasi tipo di lega) o controfresaggi in lega preziosa, o cappette radicalari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 150,00

**ORTODONZIA**

**Premesse specifiche della sottobranchia**

le terapie ortodontiche sono rimborsabili fino all'anno del compimento del 21° anno di età. In caso le cure non fossero terminate entro il suddetto anno, queste non saranno più rimborsabili.

Per i cod. 62, 63 e 64 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

◆ **PRE-CURE:**

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure o in alternativa: fotografia del "morso/morso inverso".

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 Telecranio "pre-cure";
- Max 3 fotografie "pre-cure";

◆ **POST-CURE:**

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Telecranio o in alternativa: fotografia dei modelli in occlusione.

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 Telecranio "post-cure";
- Max 3 fotografie "post-cure";
- Certificazione del laboratorio odontotecnico per le apparecchiature rimovibili e/o funzionali;

I codici 62, 63, 64 non sono sommabili tra di loro nello stesso anno per la stessa arcata ai fini del rimborso.

Qualsiasi forma di trattamento ortodontico comprensivo del mantenimento, è rimborsabile al massimo per 3 (tre) anni, anche non consecutivi, sempre nei limiti dell'anno di compimento del 21° anno di età.

**Attenzione:** Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenga di eseguire il telecranio pre e/o post cure è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. In caso vengano inviate le fotografie pre-cure è necessaria anche la certificazione dell'Odontoiatra che descriva la malocclusione rilevata ed il trattamento correttivo da eseguire.

I RIMBORSI SI POSSONO RICHIEDERE UNA SOLA VOLTA L'ANNO.

	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER OTTENERE I RIMBORSI	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
<b>62</b>	Terapia ortodontica fissa - per arcata - (qualsiasi tipo e tecnica) non sovrapponibile all'ortodonzia mobile (compreso esame cefalometrico)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia. Vedi cod. 6, cod. 7 e cod. 8	Per anno, per massimo 2 anni, mai ripetibile	€ 1.000,00
<b>63</b>	Terapia ortodontica funzionale rimovibile - per arcata - (qualsiasi tipo e tecnica) non sovrapponibile all'ortodonzia fissa (compreso esame cefalometrico)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia. Vedi cod. 6, cod. 7 e cod. 8	Per anno, per massimo 2 anni, mai ripetibile	€ 700,00
<b>64</b>	Terapia ortodontica di mantenimento - per massimo 1 anno (contenzione fissa o mobile) - qualsiasi numero di arcate	Se la contenzione è eseguita da laboratorio copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Per massimo 1 anno, mai ripetibile	€ 300,00

**ATTENZIONE:** Il telecranio o le fotografie post-cure ortodontiche devono essere eseguiti ed inviati al momento della richiesta di rimborso del 3° anno di cure, anche se le cure stesse non fossero terminate.