

PIANO DI ASSISTENZA

Circolare n° 1/2026

Approvata dal Consiglio di Amministrazione del 26 marzo 2026

Piano di assistenza garantito a tutti gli iscritti beneficiari a Cassa Integrativa di Mutuo Soccorso Ferrovie Nord Milano

Sommario

A. REGOLE GENERALI	4
SOGGETTI BENEFICIARI	5
AVVERTENZE	5
EROGAZIONE DEI SUSSIDI	6
ADESIONE SOCI PENSIONATI	6
B. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI PRIMO LIVELLO	7
B.1 COPERTURA ASSICURATIVA LONG TERM CARE	7
B.2 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	7
C. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI SECONDO LIVELLO	8
1.1 PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI	8
1.2 INTERVENTI CHIRURGICI OCULISTICI	8
2.1 TICKET	9
2.2 DIAGNOSTICA	9
2.3 VISITE SPECIALISTICHE	10
2.5 DIETOLOGIA	10
2.6 VACCINI	11
3.1 OCCHIALI E LENTI DA VISTA	12
3.2 PRESIDI SANITARI ORTOPEDICI	12
3.3 PRESIDI SANITARI APPARECCHIATURE VARIE	13
3.4 PROTESI ORTOPEDICHE	13
4.1 CURE TERMALI	14
4.2 TRATTAMENTI RIABILITATIVI	14
4.3 CURE FISIOTERAPICHE	14
4.4 PSICOTERAPIA PER ADULTI	15
4.5 CURE PER MINORI	15
4.6 CERTIFICAZIONE BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI	16
4.7 CURE PER DIVERSAMENTE ABILI	16
5.1 CURE DENTARIE	17
5.2 IMPLANTOLOGIA	19
5.3 PROTESI DENTARIE	20
5.4 GNATOLOGIA	21
5.5 ORTODONZIA	22
6.1 TRASPORTO IN AMBULANZA	23
6.2 PRESTAZIONE SOCIALE A SEGUITO DI MALATTIA GRAVE DI LUNGO PERIODO	23
6.3 SUSSIDI STRAORDINARI	23

La presente circolare entra in vigore il giorno 1 maggio 2026.

I sussidi vengono liquidati nella misura e con le modalità contenute nella presente circolare che **ANNULLA** e **SOSTITUISCE** a tutti gli effetti la precedente

A. REGOLE GENERALI

In questa circolare trovi il Piano di assistenza garantito dalla Cassa Integrativa FNM a tutti i Soci

Sono Soci di Cassa Integrativa FNM i dipendenti delle Società del Gruppo FNM aderenti:

FNM	FERROVIENORD	FNMAutoservizi
NORD_ING	NORDCOM	eVAI
Malpensa Intermodale	Malpensa Distripark	FNM Pay
DBCargo Italia	Trenord	FNM Power

Possono aderire a Cassa Integrativa FNM i Pensionati purché iscritti all'Ente almeno da dieci anni (art. 4 dello Statuto).

Come previsto da Regolamento, sono previsti due livelli di copertura:

- Copertura base (I livello): gratuito per tutti i Soci dipendenti delle Società aderenti;
- Copertura Completa (II livello), in aggiunta alla copertura base: con contribuzione a carico dei Soci iscritti.

La contribuzione per la copertura completa a carico dei Soci Dipendenti iscritti è fissata nella misura dello 0,80% dell'imponibile previdenziale quale contributo unico per la copertura completa a Cassa Integrativa (prestazioni sanitarie) e ad Alma Il Welfare FNM per le persone (prestazioni non sanitarie). È prevista una Quota di iscrizione (una tantum) del 3% dell'emolumento lordo per i nuovi iscritti all'Ente entro 180 giorni dalla data di assunzione; tale quota di iscrizione diventa del 10% dell'emolumento lordo per i nuovi iscritti all'ente decorsi più di 180 giorni dalla data di assunzione.

L'iscrizione al comparto completo comporta in automatico l'adesione anche al nuovo Ente 'Alma Il Welfare FNM per le persone' dedito alle prestazioni non sanitarie.

Il Piano di assistenza è costituito da prestazioni e sussidi sanitari e sociosanitari previsti nel seguente Piano di assistenza. Le prestazioni della Cassa Integrativa FNM sono erogate secondo due modalità:

- indiretta, erogate sotto forma di rimborso;
- diretta, erogate attraverso assistenza sanitaria diretta fornita dagli enti sanitari convenzionati.

Le richieste di sussidio vanno caricate sul sito della Cassa Integrativa FNM attraverso il portale oneCARE allegando la documentazione indicata nel presente Piano sanitario.

Le richieste di sussidio sono gestite in ordine di ricevimento.

Il diritto di fruire dei sussidi decade trascorsi 120 giorni dalla data della fattura o altro giustificativo.

Le richieste "sospese" e non reintegrate dal Socio saranno automaticamente respinte dopo 60 giorni dalla data della sospensione.

I soci che hanno **a carico fiscale lo stesso familiare** possono entrambi richiedere il rimborso per la medesima prestazione, fermo restando che i due rimborsi non superino la spesa sostenuta: all'atto dell'inserimento della seconda richiesta, indicare nel campo *"importo rimborsato da altro ente"* quanto già percepito (anche in caso di diretta) nella prima richiesta dall'altro socio.

I Soci cessati per dimissioni sono considerati iscritti fino alla data di cessazione: saranno rimborsati i sussidi caricati entro la data di cessazione, a prescindere dalla data di emissione del giustificativo.

Cassa Integrativa FNM darà riscontro sul piano sanitario e sulle pratiche **solo ed esclusivamente al Socio**, in ottemperanza alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

SOGGETTI BENEFICIARI

Sono beneficiari delle prestazioni i Soci Dipendenti anche per le prestazioni dei loro familiari fiscalmente a carico alle seguenti condizioni:

- per figli a carico di **età inferiore a 21 anni** (fino al giorno precedente il compimento dei 21 anni) nella misura prevista dalla presente circolare;
- figli e altri familiari a carico di **età superiore ai 21 anni** (dal giorno del compimento dei 21 anni) **ed inferiore a 30 anni** (fino al giorno precedente il compimento dei 30 anni), hanno diritto ai sussidi nella misura dell'80% rispetto a quanto previsto dalla presente circolare;
- i coniugi, i familiari ascendenti, generi e nuore, suocere e suoceri, fratelli e sorelle conviventi ed a carico hanno diritto ai sussidi senza limiti di età e nella misura dell'80% rispetto a quanto previsto dalla presente circolare;
- per figli a carico diversamente abili (documentato ai sensi della legge 104/1992) di età superiore a 30 anni, hanno diritto ai sussidi nella misura dell'80% rispetto a quanto previsto dai sussidi della presente circolare, ad eccezione della garanzia cure per diversamente abili al punto 4.7 della presente circolare.

Sono **beneficiari delle prestazioni i soci pensionati** anche per le prestazioni dei loro figli fiscalmente a carico di età inferiore a 30 anni (fino al giorno precedente il compimento dei 30 anni) nella misura del 70% rispetto a quanto previsto dalla presente circolare, alle condizioni specifiche previste dalla apposita [Circolare 1B](#).

Il limite di reddito per essere considerati fiscalmente a carico è previsto dalla vigente normativa fiscale. Per il 2025:

- €. 4.000,00 per i figli di età non superiore a 24 anni
- €. 2.840,51 per i figli/familiari di età superiore a 24 anni

AVVERTENZE

- La documentazione per spese mediche effettuate all'estero deve esser presentata in lingua italiana o corredata da una **traduzione in italiano** prodotta e sottoscritta dal Socio. La Cassa Integrativa FNM si riserva la facoltà di verifica. Le prestazioni fatturate in valuta estera sono rimborsate utilizzando il cambio ufficiale nel giorno di emissione fattura.
- Non sono sussidiate le **marche da bollo**.
- Se in fattura sono indicate più prestazioni con un unico importo totale è erogato il sussidio di **importo minore**.
- Nel caso in cui una fattura contenente più prestazioni risultasse incompleta per una delle prestazioni dettagliate, viene sospesa l'intera fattura.
- Non sono sussidiate spese di **trasferimento e soggiorno** all'estero sebbene per motivi di salute.
- Le **fatture d'acconto** singolarmente non sono rimborsabili, ad eccezione di fatture per cure di ortodonzia. La richiesta di sussidio dovrà contenere tutte le fatture d'acconto e la fattura a saldo riportante numero-data ed importi delle fatture d'acconto.
- La fattura o lo scontrino fiscale parlante devono essere **intestati al beneficiario** della prestazione: non sono accettate dichiarazioni integrative per l'attribuzione della prestazione.
- **Non sono rimborsati documenti che attestano il pagamento** che non riportano il beneficiario della prestazione e specifica della prestazione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: bollettini postali, MAV, pagamenti on-line, pagoPA). Si ricorda che è possibile recuperare le fatture anche dal proprio fascicolo sanitario.

- Sono rimborsate le ricevute emesse da **emettitrice automatica** in uso presso le ASST sulle quali siano indicati: beneficiario della prestazione, data, numero, importo pagato e specifica della prestazione che permetta l'accertamento del diritto al sussidio.
- Le fatture per spese mediche per le quali il Socio ha ricevuto o riceverà un rimborso da **altro fondo/cassa di assistenza sanitaria/assicurazione** sono rimborsate limitatamente alla quota rimasta a carico del Socio. Il Socio, alla presentazione della richiesta di sussidio, deve comunicare l'importo ricevuto o che riceverà da altro ente. Quando il Socio ha ricevuto da un altro ente un rimborso relativo a più prestazioni e non sono specificati gli importi delle singole prestazioni, si terrà conto del rimborso in modo che venga erogato il sussidio di importo minore.
- Sono rimborsate le **cure mediche**, non sono riconosciuti interventi o terapie con finalità estetiche.
- Cassa Integrativa FNM predispone opportuni **controlli** per accertare la veridicità delle informazioni fornite dal Socio richiedente e, ove necessario, richiederà di produrre opportuna documentazione integrativa di supporto che attesti quanto dichiarato. In particolare, saranno effettuate richieste a campione per la verifica dei carichi fiscali.
- Il Socio è **responsabile del corretto trattamento in dichiarazione dei redditi** del/dei rimborso/i percepiti per lo stesso documento.
- Cassa Integrativa FNM ha facoltà di richiedere visite di controllo effettuate dai **medici consulenti**, alle quali il Socio/familiare è tenuto a sottoporsi, pena la decadenza del diritto a tutti i sussidi.

Si invitano tutti i Soci ad uno scrupoloso rispetto dei termini di presentazione delle richieste di sussidio. Le richieste pervenute oltre i termini stabiliti non saranno prese in considerazione.

EROGAZIONE DEI SUSSIDI

L'erogazione dei sussidi viene fatta con bonifici bancari emessi normalmente entro l'ultimo giorno lavorativo di ogni mese.

Nei mesi da gennaio a novembre si provvede alla erogazione solo se l'importo da erogare è **superiore ad € 50,00**, nel mese di dicembre si provvede all'erogazione qualunque sia l'importo.

ADESIONE SOCI PENSIONATI

I Soci che verranno collocati in quiescenza, ai sensi dell'art. 4 dello Statuto, potranno confermare l'adesione a Cassa Integrativa FNM improrogabilmente **entro 120 giorni dalla cessazione** dal servizio, purché già iscritti all'atto della quiescenza per un periodo consecutivo non inferiore a dieci anni.

La contribuzione a carico dei Soci Pensionati è fissata nella misura dell'1,40% del lordo (Regolamento art.7). L'adesione all'Ente riconosce l'accesso alla polizza LTC ed alle prestazioni di secondo livello nella misura del 70% per se stessi e a favore dei figli a carico di età inferiore a 30 anni (fino al giorno precedente il compimento dei 30 anni), con le seguenti ulteriori specifiche:

- prestazioni relative a prevenzione, presidi interventi, cure e terapie, socio-assistenziali: massimale annuo totale di € 1.000
- prestazioni dentistiche: massimale annuo totale di € 4.000.

Alla domanda di conferma di iscrizione dovranno essere allegati attestato di pensionamento rilasciato dall'ente preposto e copia della CU dell'ultimo anno lavorativo precedente a quello di cessazione. In attesa di trasmettere l'attestato rilasciato dall'ente pensionistico è possibile sottoscrivere autocertificazione di pensionamento. Per confermare l'iscrizione è necessario autorizzare l'addebito dei contributi in conto corrente SEPA CORE DIRECT DEBIT.

È responsabilità del socio consegnare annualmente, entro il 30 settembre, la CU rilasciata dall'INPS a partire da quella relativa al primo anno intero da pensionato: in caso di ritardo, sarà applicato quanto previsto dal Regolamento vigente.

B. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI PRIMO LIVELLO

Copertura automatica e gratuita, se stabilito da previsione contrattuale debitamente sottoscritta, per tutti i dipendenti delle Società del Gruppo FNM (artt. 1 e 28 dello Statuto).

B.1 COPERTURA ASSICURATIVA LONG TERM CARE

€ 10.000 una tantum

€. 1.000 mensili

Sono inclusi nell'assicurazione tutti i soci dipendenti e soci pensionati con età compresa tra i 18 e i 75 anni; l'assicurazione non è rinnovabile per assicurati che abbiano superato il 75° anno di età (età assicurativa).

La polizza copre in caso di incapacità totale e permanente sia fisica sia conseguente a malattia di demenze invalidanti, di svolgere autonomamente almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana: muoversi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi, usare i servizi igienici, mantenere la continenza.

La copertura viene erogata direttamente dall'assicurazione per un importo pari ad €. 10.000 al momento del documentato accadimento dello stato di non autosufficienza, con aggiunta di una rendita mensile pari ad €. 1.000 per ogni mese di documentato stato.

B.2 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

30% della spesa con un massimo di € 10.000 nella vita

La garanzia copre interventi come da elenco [consultabile a questo link](#) ed [allegato 1](#). L'attivazione della garanzia sarà in ogni caso valutata dal medico consulente.

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità di cui al punto 3.4 (cfr. TICKET).

Il sussidio è erogabile **solo se la prestazione è effettuata da medico chirurgo** il cui nominativo e specializzazione dovrà apparire sul giustificativo.

Per prestazioni erogate da ospedale, clinica universitaria o centro medico con indicazione del direttore sanitario non è necessaria l'indicazione del nominativo del medico specialista; dovrà però risultare con chiarezza la tipologia di intervento. Allegare la/e fattura/e in una unica richiesta.

Prestazioni sussidiabili:

- Intervento chirurgico
- Equipe
- Anestesista
- Sala operatoria

Prestazioni non coperte:

- interventi o terapie con finalità estetiche.

C. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI SECONDO LIVELLO

Copertura attivabile con contribuzione a carico dei Soci Dipendenti iscritti (art. 28 dello Statuto).

C.1 INTERVENTI

C.2 PREVENZIONE

C.3 PRESIDÌ

C.4 CURE E TERAPIE

C.5 CURE DENTISTICHE

C.6 PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

C.1 INTERVENTI

1.1 PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI

50% della spesa fino ad € 200

Massimale unico di € 300 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità di cui al punto 2.1 (cfr. TICKET).

Il sussidio è erogabile **solo se la prestazione è effettuata da medico chirurgo** il cui nominativo dovrà apparire sul giustificativo.

Per prestazioni erogate da ospedale, clinica universitaria o centro medico con indicazione del direttore sanitario non è necessaria l'indicazione del nominativo del medico specialista; dovrà però risultare con chiarezza la tipologia di intervento.

Allegare alla richiesta la fattura e una relazione medica attestante la necessità di intervento.

Prestazioni non coperte:

- interventi o terapie con finalità estetiche.

1.2 INTERVENTI CHIRURGICI OCULISTICI

PRK – AK – LASEK – LASIK – FEMTO LASIK – CLX – IMPIANTO DEL CRISTALLINO PER MIOPIA

Modalità diretta: 35% della spesa

Modalità indiretta: 30% della spesa

Massimale unico nella vita di € 1.000

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate successivamente al punto 2.1 (cfr. TICKET).

Allegare alla richiesta la prescrizione del medico oculista e la fattura.

Sono sussidiabili tutti gli interventi oculistici correttivi.

C.2 PREVENZIONE

2.1 TICKET

60% della spesa

Massimo di € 600 ad anno solare

Il sussidio viene assegnato sull'importo del ticket, compreso di quota aggiuntiva, per le spese sanitarie sostenute a fronte di prestazioni ambulatoriali quali prestazioni specialistiche (comprese visite), prestazioni terapeutiche e riabilitative, chirurgia, diagnostica strumentale e di laboratorio e altri trattamenti che trovano accoglimento nei nomenclatori regionali.

Allegare alla richiesta lo scontrino parlante/ricevuta.

Le prestazioni odontoiatriche, che per specifiche condizioni cliniche sono erogate nell'ambito del SSN, saranno comunque rimborsate secondo le modalità riportate nella sezione dedicata.

Prestazioni non coperte:

- certificazioni mediche,
- ticket per visite e prestazioni di pronto soccorso;
- costi aggiuntivi derivanti da copie della documentazione (siano esse immagini o referti su supporti come cd-rom o simili);
- spese sostenute per farmaci;
- ricevute PAGOPA senza fattura ospedaliera riportante dettaglio e beneficiario della prestazione.

2.2 DIAGNOSTICA

Modalità diretta: 55% della spesa fino ad € 330

Modalità indiretta: 50% della spesa fino ad € 300

Massimale unico di € 600 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità di cui al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET).

Gli esami diagnostici per cure odontoiatriche sussidiati sono indicati nel modulo richiesta sussidi prestazioni odontoiatriche alla voce diagnostica.

Prestazioni sussidiabili:

- esami per rilevamenti di allergie e intolleranze considerati attendibili dalla comunità medica: prick-test, rast test, patch test, isaac test, breath test e test celiachia

Prestazioni non coperte:

- diagnostiche per certificazione o idoneità sportiva;
- costi aggiuntivi derivanti da copie della documentazione siano essi immagini o referti su supporti come cd-rom o simili;
- esami intolleranze alimentari.

2.3 VISITE SPECIALISTICHE

Modalità diretta: 65% della spesa fino ad € 100

Modalità indiretta: 60% della spesa fino ad € 90

Massimale unico di € 600 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità di cui al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET).

Per le visite specialistiche private sulla fattura dovrà risultare inequivocabilmente, oltre al nominativo, il titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.

Per prestazioni erogate da ospedale, da clinica universitaria o da centro medico con indicazione del direttore sanitario non è necessaria l'indicazione del nominativo del medico specialista; dovrà però risultare con chiarezza la tipologia di visita prestata.

Prestazioni sussidiabili:

- solo le visite specialistiche intese come prestazioni con finalità diagnostiche erogate da medico chirurgo in possesso di specifica specializzazione;
- visite genetiche;
- visita maxillo-facciale.

Prestazioni non coperte (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- visite specialistiche erogate da medico generico;
- visite specialistiche erogate da medici specializzati in medicina dello sport, medicina legale, medicina del lavoro, igiene e medicina preventiva;
- visite per idoneità sportiva e le altre visite per certificazioni (ad esempio: patente, porto d'armi, visite legali, ecc.);
- visite mediche erogate da guardia medica turistica o altri medici presenti in strutture turistiche, in Italia e all'estero;
- visite di pronto soccorso;
- visite erogate da medici specializzati in omeopatia, naturopatia, fitoterapia, antroposofia e altre medicine così dette alternative, in quanto si tratta di pratiche terapeutiche, terapia del dolore;
- visite o le valutazioni di osteopati, podologi, dietisti e nutrizionisti;
- consulenze erogate dallo specialista (per le quali in fattura non è specificato che si tratta di visita specialistica, come sopra definita);
- prestazioni di qualsiasi tipo, per le quali in fattura non è specificato che si tratta di visita specialistica, come sopra definita;
- visite odontoiatriche effettuate da medici dentisti.

2.5 DIETOLOGIA

Modalità diretta: 65% della spesa

Modalità indiretta: 60% della spesa

Massimale unico di € 200 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità di cui al precedente punto 2.1(cfr. TICKET).

Prestazioni sussidiabili:

- visite specialistiche intese come prestazioni con finalità diagnostiche erogate da medico chirurgo in possesso di specifica specializzazione (dietologia - scienza dell'alimentazione);
- visite e/o i controlli periodici, consulenze e valutazioni effettuate da medico specialista, dietologo, dietista o biologo nutrizionista: controllo peso, misurazione circonferenza, ecc.

Prestazioni non coperte (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- visite erogate da medico generico.

2.6 VACCINI

60% della spesa fino ad € 60

Massimale di € 100 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET).

Sono sussidiabili:

- Vaccini Allergici
- Vaccini Meningococco
- Vaccini Anti Hpv (Papilloma Virus)
- Vaccino antinfluenzale
- Vaccino antitetanica
- Vaccino Herpes zoster
- Somministrazione e farmaco

Prestazioni non coperte:

- Costo del solo farmaco senza somministrazione
- Costo di siringhe e materiale d'uso

C.3 PRESIDI

3.1 OCCHIALI E LENTI DA VISTA

Modalità diretta: 65% della spesa nei punti vendita aderenti, previa verifica da parte del Socio

Modalità indiretta: 60% della spesa

Massimale unico di € 400 in tre anni solari

Occhiale completo - Solo lenti - Lenti a contatto tradizionali - Lenti a contatto usa e getta

Le richieste di sussidio devono essere integrate da prescrizione del medico oculista anche rilasciate in anni precedenti:

- a vita per i maggiorenni;
- per i minorenni 3 anni dalla data di rilascio.

La prescrizione dovrà essere presentata solo **alla prima richiesta di sussidio**.

A giustificativo dell'acquisto deve essere presentata la fattura (**allegando lo scontrino fiscale se menzionato in fattura**) oppure, in mancanza di questa, uno scontrino fiscale con le seguenti caratteristiche:

- fiscale: deve presentare denominazione sociale, partita IVA, numero progressivo, data e ora di emissione, prezzo, logo-tipo fiscale e numero di apparecchio;
- Parlante: deve contenere la descrizione su natura e quantità dei beni acquistati. Nel caso di occhiali deve risultare con chiarezza che si tratti di lenti da vista;
- deve contenere il codice fiscale del beneficiario.

Non sono sussidiabili:

- richieste riportate su documenti diversi da quelli citati;
- integrazioni agli stessi documenti riportate dall'ottico o dallo stesso beneficiario;
- giustificativi intestati a persona diversa dal beneficiario;
- prescrizioni lenti rilasciate da ottico oppure da ortottista;
- giustificativi riportanti sola montatura;
- giustificativi per riparazione occhiali.

3.2 PRESIDI SANITARI ORTOPEDICI

60% della spesa fino ad € 80 per presidio

Massimale di € 200 ad anno solare

Allegare ad ogni richiesta la prescrizione medica specialistica coerente al presidio sanitario richiesto unita alla fattura. La prescrizione ha durata validità di due anni e deve sempre essere allegata alla richiesta.

Sono sussidiabili:

- tutori, grucce, cinte erniarie, corsetti ortopedici, busti correttivi, calze elastiche, calzature ortopediche;
- apparecchi analisi diabete e apparecchi laringofoni;
- plantari 1 o 2 acquistati singolarmente (per l'acquisto di un paio di calzature o di plantari, il sussidio viene erogato per due presidi);
- noleggio dei presidi indicati.

Non sono sussidiabili:

- apparecchi per aerosol.

3.3 PRESIDI SANITARI APPARECCHIATURE VARIE

60% della spesa fino ad € 350 per presidio ed anno solare

Allegare ad ogni richiesta la prescrizione medica specialistica unita alla fattura.

Sono sussidiabili:

- cpap;
- carrozzine;
- letto ortopedico e materasso antidecubito se prescritti da medico ortopedico o fisiatra e con attestazione di disabilità/non autosufficienza;
- cuscini antidecubito se prescritti da medico ortopedico o fisiatra e con attestazione di disabilità/non autosufficienza;
- apparecchi acustici acquistati singolarmente o a coppie (per l'acquisto di una coppia il sussidio viene erogato per due presidi);
- sensore misuratore glucosio;
- controllo di device da remoto/teleassistenza Parkinson care;noleggio dei presidi indicati.

Non sono sussidiabili:

- Componenti accessorie al funzionamento come batterie e caricatori.
- Riparazione degli apparecchi.
- Sostituzione di parti usurabili e deteriorabili, che necessitano un ricambio periodico (ad es. chioccioline e mascherine).

3.4 PROTESI ORTOPEDICHE

60% della spesa fino ad € 5.000 ogni 10 anni

Sono rimborsabili i dispositivi ortopedici atti a sostituire un arto mancante del corpo o ad integrarne uno danneggiato.

Allegare alla richiesta la prescrizione medica specialistica e la fattura.

Sono sussidiabili:

- protesi anca (solo il costo della protesi solo se esplicitato nella fattura);
- sostituzione arto.

Non sono sussidiabili:

- interventi chirurgici già previsti al punto B.2 o C.1

C.4 CURE E TERAPIE

4.1 CURE TERMALI

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET).

4.2 TRATTAMENTI RIABILITATIVI

Modalità diretta: 65% della spesa per le prestazioni elencate e se previsti dal centro convenzionato

Modalità indiretta: 60% della spesa

Massimale unico di € 300 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET).

Se i trattamenti sono eseguiti presso privati dovrà risultare inequivocabilmente, oltre al nominativo, il titolo di studio dell'operatore sanitario che ha eseguito i trattamenti.

Se i trattamenti sono eseguiti presso strutture private, le indicazioni relative all'operatore sanitario possono essere omesse se in fattura è indicato il nominativo del direttore sanitario responsabile della struttura.

Sono sussidiabili:

Le seguenti prestazioni: Diatermia o radar – diadinamica – tens – ionoforesi – laser terapia ultrasuoni – tecarterapia onde d'urto – terapia con ozono - magnetoterapia – agopuntura manu medici – fototerapia – infiltrazioni antalgiche - ossigeno terapia iperbarica - sclerosanti – trattamenti podologici - idrocolonterapia - ossigenozonoterapia - terapie ENF erogate da personale sanitario riconosciuto (esempio: fisioterapisti laureati o massofisioterapisti e osteopati in possesso di diploma equipollente).

Non sono sussidiabili:

- Le prestazioni erogate da laureati in scienze motorie, operatori shiatzu, massaggiatori sportivi, massaggiatore capo bagnino e massaggiatori estetici.
- Il noleggio delle apparecchiature per effettuare i cicli di cure sopra indicati.
- L'acquisto di apparecchi per effettuare i cicli di cure sopra indicati.

4.3 CURE FISIOTERAPICHE

Modalità diretta: 65% della spesa

Modalità indiretta: 60% della spesa

Massimale unico di € 300 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET)

Se le cure sono eseguite presso privati dovrà risultare inequivocabilmente, oltre al nominativo, il titolo di studio dell'operatore sanitario che ha eseguito le cure.

Se le cure sono eseguite presso strutture private, le indicazioni relative all'operatore sanitario possono essere omesse, quando sulla fattura è indicato il nominativo del direttore sanitario responsabile della struttura.

Sono sussidiabili:

Le seguenti prestazioni: Massoterapia – manipolazioni – kinesiterapia – rieducazione motoria - ortottica – manipolazioni osteopatiche – trattamenti chiropratici – linfodrenaggio

- erogate da personale sanitario riconosciuto;
- erogate da fisioterapisti laureati o massofisioterapisti in possesso di diploma equipollente;
- erogate da chiropratici (in possesso di Laurea conseguita all'estero);
- erogate da osteopati.

Non sono sussidiabili:

- prestazioni erogate da personale non sanitario: laureati in scienze motorie, operatori shiatzu, massaggiatori sportivi, massaggiatori estetici e chinesologi, massaggiatore capo bagnino;
- terapie effettuate da allievi di scuole di formazione;
- noleggio delle apparecchiature per effettuare i cicli di cure sopra indicati;
- trattamenti in seguito ad incidente stradale per la parte coperta da assicurazioni.

4.4 PSICOTERAPIA PER ADULTI

65% della spesa fino ad € 90 a seduta

Massimale di € 600 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET)

Sono sussidiabili:

- i trattamenti, le sedute effettuate da psicologi e psicologi psicoterapeuti iscritti all'Ordine.
- esclusivamente le cure psicoterapeutiche prestate da medici psichiatri o medici chirurgi autorizzati all'esercizio della psicoterapia o psicologi psicoterapeuti iscritti all'ordine;
- sedute di sostegno psicologico

Non sono sussidiabili:

- consulenze e/o consultazione
- visite effettuate da personale non medico.

4.5 CURE PER MINORI

60% della spesa

Massimale di € 750 ad anno solare

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1(cfr. TICKET)

Sono sussidiabili:

- prestazioni erogate da logopedista, psicologo – psicoterapeuta, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, pedagogo;
- cure logopediche, cure psicomotorie, cure psicoterapeutiche singole e di gruppo;
- training di potenziamento dell'apprendimento se in possesso di certificazione BES.

Non sono sussidiabili:

- sedute di psicomotricità erogate da figure diverse da quelle sopra menzionate
- test e colloqui con i genitori e gli insegnanti, consulenze e valutazioni
- visite effettuate da personale non medico.

4.6 CERTIFICAZIONE BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

65% della spesa

Massimale di € 500 a ciclo di studi

Se la prestazione viene effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale (SSN) con pagamento del Ticket il sussidio viene assegnato con le modalità indicate al precedente punto 2.1 (cfr. TICKET).

La garanzia è valida dalla scuola primaria alla scuola secondaria di II grado.

Sono sussidiabili:

- spese sostenute per valutazioni e somministrazioni di test effettuati da specialisti per certificazione BES, rilasciate da strutture private accreditate o con diagnosi convalidata dal Gruppo Disturbi Specifici dell'Apprendimento (GDSAp) della propria ASL;
- rientrano nella garanzia le spese per i colloqui dei genitori/figli con gli specialisti, necessari al percorso di valutazione/restituzione della diagnosi.

Vanno inserite **in un'unica richiesta tutte le fatture** inerenti alla valutazione la relazione finale del medico specialista a comprova, la validità di 120 giorni decorre dalla data della relazione clinica/certificazione stessa.

Non sono sussidiabili:

- prestazioni erogate da strutture non autorizzate dalla Direzione Generale della sanità.

4.7 CURE PER DIVERSAMENTE ABILI

(documentato ai sensi della Legge 104/1992)

Modalità diretta: 65% della spesa per le prestazioni elencate e se previsti dal centro convenzionato

Modalità indiretta: 60% della spesa

Massimale unico di € 3.000 ad anno solare

Ai figli a carico, indipendentemente dall'età, verrà erogato il sussidio in misura uguale a quello del Socio.

Sono sussidiabili:

Idroterapia – ippoterapia – cure psicomotorie – cure logopediche – cure psicoterapeutiche – massoterapia – manipolazioni – kinesiterapia – rieducazione motoria – ortottica – manipolazioni osteopatiche – trattamenti chiropratici – arteterapia

- le prestazioni erogate da logopedista, psicologo – psicoterapeuta, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, pedagogista ed educatore professionale, comprensive di soggiorno diurno.

Non sono sussidiabili:

- consultazioni, consulenze, costi per ristorazione/pasti e trasporto

C.5 CURE DENTISTICHE

5.1 CURE DENTARIE

Le singole prestazioni sono rimborsate secondo i sussidi indicati. In ogni caso, il valore del singolo sussidio indicato dall'odontoiatra nel "Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche" non potrà superare:

per la **modalità diretta il 55% dell'importo**

per la **modalità indiretta il 50% dell'importo**

Massimale unico di € 1.500 ad anno solare

IGIENE						
			Indiretta		DIRETTA	
1001	Visita gnatologica o odontoiatrica È rimborsabile 1 prestazione l'anno Comprensiva anche di esame dei tessuti duri e molli del cavo orale, esecuzione di 2 bite wings o RX endorali	globale	€	50	€	55
1002	Ablazione del tartaro È rimborsabile 1 prestazione l'anno o 2 l'anno purché 1 in modalità diretta e 1 indiretta. Comprensivo di curetage sopra e sotto gengivale, lucidatura (eventuale air flow), motivazione all'igiene orale e applicazione fluoro, valida per dentiera mobile su impianti	globale	€	50	€	55
PARODONTOLOGIA						
L'utilizzo di biomateriale deve essere segnato a parte. Non è rimborsabile l'utilizzo di farmaci rigenerativi volti ad accelerare i processi di guarigione. La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, anestesia e sutura ed eventuale uso del laser.						
1101	Gengivectomia e gengivoplastica Comprende anche allungamento corona clinica e cuneo distale	per dente	€.	30	€.	35
1104	Chirurgia muco-gengivale Chirurgia con riposizionamento del lembo. Prestazione che non può essere rimborsata in aggiunta alle estrazioni (es. in inclusione o terzo molare) che già la comprendono	a quadrante	€	120	€	135
1105	Materiale biocompatibile (compresa membrana) Rimborsabile solo se associato a chirurgia che prevede il sollevamento del lembo.	per 4 denti	€	100	€	110
1106	Levigatura radicolare Rimozione del tartaro sottogengivale e del cemento rammollito, comprensivo di anestesia Max 4 quadranti all'anno	a quadrante	€	50	€	55
1107	Splintaggio Max 1 volta ogni 2 anni Se utilizzato come contenzione ortodontica deve essere compreso nel trattamento ortodontico complessivo		€	50	€	55

AVULSIONI			
La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, anestesia, sutura, uso del laser ed eventuale posizionamento di spugna di collagene.			
		Indiretta	DIRETTA
1201 Estrazione semplice		€ 40	€ 45
Avulsione senza particolari difficoltà per elemento erotto o residuo radicolare			
1202 Estrazione indaginosa o complessa		€ 80	€ 90
Avulsione realizzata con difficoltà tecniche in osteotomia/odontotomia per elemento erotto o incluso			
1203 Estrazione deciduo		€ 30	€ 35
1204 Estrazione in inclusione ossea (parziale o totale)		€ 100	€ 110
Avulsione di dente parzialmente incluso realizzata con apertura di un lembo/osteotomia/odontotomia			
1208 Germectomia		€ 100	€ 110
Avulsione incluso ad uno stadio di formazione precoce (sola corona o 1/3 delle radici) con osteotomia/ lembo/sutura			

ALTRA CHIRURGIA ORALE			
La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, anestesia, sutura, eventuale posizionamento di spugna o di collagene e utilizzo del laser.			
		Indiretta	DIRETTA
1301 Incisione ascessi	globale	€ 80	€ 90
1302 Intervento per asportazione cisti o neoformazione	globale	€ 120	€ 135
1303 Intervento di piccola chirurgia	globale	€ 100	€ 110
(indicare tipologia intervento) Procedura chirurgica per intervento sui tessuti molli (rimozione epulide, cisti mucosa, esposizione denti inclusi per terapia ortodontica, rizcetomia, rizotomia)			
1304 Frenulectomia o frenuloplastica	globale	€ 80	€ 90
ENDODONZIA			
La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, posizionamento diga, anestesia locale o tronculare, apertura camerale e rimozione di eventuale otturazione presente, strumentazione e disinfezione canalare, otturazione canalare ed eventuale ricostruzione pre-endodontica. Il rimborso è identico per devitalizzazioni, terapie canalari o ritrattamenti			
		Indiretta	DIRETTA
1401 Terapia endodontica di 1 canale radicolare		€ 80	€ 90
1402 Terapia endodontica di 2 canali radicolari		€ 100	€ 110
1403 Terapia endodontica di 3 canali radicolari		€ 110	€ 125
1407 Apicectomia (per radice)		€ 120	€ 135
Chirurgia endodontica (es. in presenza di granuloma) eliminazione dell'apice radicolare e otturazione retrograda (lembo compreso)			

CONSERVATIVA

Non sono rimborsabili gli interventi temporanei (otturazioni o medicinali provvisori). La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, posizionamento diga, anestesia locale o tronculare, apertura camerale e rimozione di eventuale otturazione presente.

	Indiretta	DIRETTA
1502 Sigillatura solchi Chiusura dei solchi anatomici (per singolo dente) a scopo preventivo	€ 25	€ 30
1503 Otturazione in composito o amalgama (I-II classe) Per cavità situate sulla superficie occlusale o cervicale	€ 50	€ 55
1504 Otturazione in composito o amalgama (III-IV-V classe) Per cavità situate tra superfici prossimali (tra un dente e l'altro) di molari e premolari (occluso-mesiale, occluso-distali o mesio-occluso-distali)	€ 75	€ 85
1508 Ricostruzioni in composito con perno in fibra (vetro o carbonio)	€ 100	€ 110
1509 Pulpotomia ed otturazione su dente deciduo	€ 75	€ 85

5.2 IMPLANTOLOGIA

Le singole prestazioni sono rimborsate secondo i sussidi indicati nel “Nomenclatore/Tariffario” allegato. In ogni caso il valore del singolo sussidio indicato dall'odontoiatra nel “Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche” non potrà superare:

per la **modalità diretta il 55% dell'importo**

per la **modalità indiretta il 50% dell'importo**

Massimale unico di € 4.000 nell'arco degli ultimi 5 anni da Socio

	Indiretta	DIRETTA
2001 Impianto osteointegrato (comprende pilastro prefabbricato, vite di guarigione e perno moncone)	€ 650	€ 715
2002 Minirialzo seno mascellare con accesso crestale a quadrante	€ 120	€ 135
2003 Grande rialzo seno mascellare con accesso laterale a quadrante	€ 500	€ 550
2004 Chirurgia ossea resettiva (Lembo gengivale con osteotomia/ osteoplastica o osteogengivoplastica preprotetica) a quadrante	€ 250	€ 275

Ai fini del rimborso deve essere allegata documentazione radiografica pretrattamento dalla quale risulti nome/ cognome del paziente e data di effettuazione. Per la voce 2001 Impianti osteointegrati è inoltre richiesta copia del “passaporto implantare” con indicazione di nome e cognome, che certifichi l'impianto inserito.

È obbligatorio allegare alla fattura eventuale documentazione a comprova prevista dal “Nomenclatore/Tariffario” (indicata sul “Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche”).

La documentazione a comprova delle prestazioni eseguite deve essere inviata in copia leggibile su supporto cartaceo (non si accettano originali di lastre e/o CD e/o supporti informatici di qualsiasi genere) con indicazione di nome e cognome dell'assistito, data e identificazione del dente.

Se la richiesta viene trasmessa on-line tramite i “Servizi Web” la documentazione potrà essere inviata utilizzando un supporto digitale purché il formato del file sia JPG o PDF.

Le richieste che perverranno senza idonea documentazione non potranno essere sussidiate.

La seduta comprende: radiografie endorali, anestesia e sutura. Non sono rimborsabili farmaci volti ad accelerare il processo di guarigione.

5.3 PROTESI DENTARIE

Le singole prestazioni sono rimborsate secondo i sussidi indicati nel “Nomenclatore/Tariffario” allegato. In ogni caso il valore del singolo sussidio indicato dall’odontoiatra nel “Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche” non potrà superare:

per la **modalità diretta il 55% dell’importo**

per la **modalità indiretta il 50% dell’importo**

Massimale unico di € 4.000 nell’arco degli ultimi 5 anni da Socio

È obbligatorio allegare alla fattura eventuale documentazione a comprova prevista dal “Nomenclatore/Tariffario” (indicata sul “Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche”).

La documentazione a comprova delle prestazioni eseguite deve essere inviata in copia leggibile su supporto cartaceo (non si accettano originali di lastre e/o CD e/o supporti informatici di qualsiasi genere) **con indicazione di nome e cognome dell’assistito, data e identificazione del dente.**

Le richieste che perverranno senza idonea documentazione non potranno essere sussidiate.

Non sono rimborsabili gli interventi temporanei (provvisori). La seduta comprende: documentazione radiografica, eventuale anestesia, impronte, studio dei modelli, cementazione protesi e fresaggi.

Per le voci 3301, 3302 e 3303 riguardanti le protesi mobili deve essere allegata copia della **certificazione di conformità** rilasciata dal laboratorio.

CORONE			
Non sono rimborsabili gli interventi temporanei (provvisori). Si intendono sia le protesi su denti che su impianti, cementate o avvitate. Sono comprese le fasi di impronta e cementazione.			
		Indiretta	DIRETTA
3001	Corona in lega non preziosa e resina	€ 180	€ 200
3002	Corona in lega preziosa e resina	€ 200	€ 220
3003	Corona in lega non preziosa e ceramica	€ 220	€ 245
3004	Corona in lega preziosa e ceramica	€ 250	€ 275
3005	Corona ceramica integrale o zirconio	€ 300	€ 330
3006	Maryland Bridge (o ponte incollato) sia in metallo resina che in metallo ceramica. Dispositivo per dente mancante ancorato a denti attigui.	€ 150	€ 165
INTARSI			
3101	Intarsio in resina	€ 100	€ 110
3102	Intarsio in ceramica	€ 150	€ 165

PERNI ENDOCANALARI			
3202	Perno endocanalare fuso (o perno moncone) realizzato in laboratorio	€ 100	€ 110
PROTESI MOBILE E PROTESI RIMOVIBILI SU DENTI O SU IMPIANTI			
Non sono rimborsabili gli interventi temporanei (provvisori).			
3301	Protesi mobile totale	ad arcata	€ 700 € 770
3302	Protesi parziale con base in resina	ad arcata	€ 350 € 385
3303	Protesi parziale scheletrata con ganci e attacchi (compresi)	ad arcata	€ 650 € 715
3304	Ribasamento protesi -sistema diretto alla poltrona o in laboratorio	ad arcata	€ 60 € 70
3306	Sostituzione/riparazione ganci fusi		€ 70 € 80
3307	Elementi aggiunti o sostituiti		€ 50 € 55
3309	Riparazione protesi (vale per tutte i tipi di protesi compreso il codice 3006)		€ 60 € 70

5.4 GNATOLOGIA

Nell'ambito delle cure gnatologiche e orto-gnatologiche sono rimborsati i bite.

La prestazione è rimborsata nel limite:

per la **modalità diretta il 55% dell'importo**

per la **modalità indiretta pari al 50% dell'importo**

Massimale unico di € 300 nell'arco degli ultimi 5 anni da Socio

Eventuali visite di controllo sono sussidiate solo per le tipologie di cui al punto 2.1 (cfr. TICKET) della presente circolare. Non sono ammessi rimborsi per riparazioni.

Sono sussidiabili:

- Bite non personalizzati.
- Bite costruiti in laboratorio odontotecnico a scopo preventivo, curativo, riabilitativo e di mantenimento. Ivi compresi dispositivi funzionali (ad es. soulet besombes, position trainer ecc..) utilizzati per soggetti che hanno compiuto la maggiore età.

			Indiretta	DIRETTA
4001	Bite (per bruxismo o patologie antalgiche) Trattamento gnatologico con placca. Il trattamento comprende modelli studio e montaggio in articolatore. Vengono sussidiati: ▪ Bite non personalizzati. ▪ Bite costruiti in laboratorio odontotecnico a scopo preventivo, curativo, riabilitativo e di mantenimento. Ivi compresi dispositivi funzionali per pazienti che hanno raggiunto la maggiore età (es. position trainer, soulet besombes, ecc....). ▪ Non si sussidiano ribasature bite.	globale	€ 300	€ 300

5.5 ORTODONZIA

Check up e trattamento ortodontico.

La spesa per il trattamento ortodontico è rimborsata nel limite pari:

per la **modalità diretta il 65% dell'importo** per la **modalità indiretta al 60% dell'importo**
Massimale unico pari ad € 3.000 a vita

Sono sussidiabili:

- Check-up ortodontico o studio del caso.
- Lo studio del caso è altresì rimborsato anche se ad esso segue trattamento gnatologico.
- Dispositivi funzionali per mioterapia con finalità intercettive utilizzati per pazienti minori d'età.
- Dispositivi di contenzione utilizzati a fine terapia.
- Allineatori trasparenti (Invisalign).

È obbligatorio allegare alla prima richiesta per trattamento ortodontico eventuale documentazione a comprova prevista dal "Nomenclatore/Tariffario".

La documentazione a comprova delle prestazioni eseguite deve essere inviata in copia leggibile su supporto cartaceo (non si accettano originali di lastre e/o CD e/o supporti informatici di qualsiasi genere) con indicazione di nome e cognome dell'assistito, data e identificazione del dente.

Se la richiesta viene trasmessa on-line tramite i "Servizi Web" la documentazione potrà essere inviata utilizzando un supporto digitale purché il formato del file sia JPG o PDF.

Le richieste che perverranno senza idonea documentazione non potranno essere sussidiate.

L'ortodonzia comprende il Check up ortodontico e il trattamento ortodontico

Ai fini del rimborso del trattamento ortodontico deve essere allegata documentazione relativa al check up ortodontico oppure ortopantomografia oppure teleradiografia latero laterale (se necessarie in fase diagnostica) oppure in alternativa copia diario clinico. (Tale documentazione ha validità di 5 anni).

		Indiretta	DIRETTA
		€ 3.000	€ 3.000
5003	Check up e trattamento ortodontico Il check up ortodontico o studio del caso comprende: ▪ tracciato cefalometrico, studio ed impostazione del caso, impronte delle arcate dentarie e realizzazione del modello e fotografie di studio (inclusa visita ortodontica) ▪ Ortopantomografia, teleradiografia latero laterale sono sussidiate come diagnostica Il trattamento ortodontico comprende: Terapia meccanica (c.d. apparecchio) avente lo scopo di prevenire, eliminare o attenuare anomalie morfologiche dentali o mascellari. L'apparecchiatura ortodontica, rimozioni, sostituzioni e gli interventi periodici di manutenzione, nonché visite o diagnostiche di controllo a trattamento in corso. Sono altresì compresi eventuali rialzi o molaggi selettivi degli elementi dentali. Vengono sussidiati: ▪ Dispositivi funzionali per mioterapia con finalità intercettive utilizzati per pazienti minori d'età. ▪ Dispositivi di contenzione utilizzati a fine terapia (compreso splintaggio). ▪ Allineatori trasparenti (Invisalign).		

C.6 PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

6.1 TRASPORTO IN AMBULANZA

60% della spesa - entro un massimo di € 150 ad anno solare

Il rimborso avviene a presentazione di attestazione di spesa fiscalmente idonea.

6.2 PRESTAZIONE SOCIALE A SEGUITO DI MALATTIA GRAVE DI LUNGO PERIODO

La durata delle assenze per malattia sussidiate da Cassa Integrativa FNM è pari alla durata del periodo di comporto malattia previsto dal contratto nazionale applicato nell'azienda di appartenenza del Socio dipendente.

Il sussidio di malattia/aspettativa per malattia di lungo periodo del Socio viene liquidato d'ufficio ed il diritto matura dopo un anno dalla data da cui ha effetto l'iscrizione.

6.3 SUSSIDI STRAORDINARI

Eventuali prestazioni non indicate nel presente Piano assistenziale, potranno esser avanzate e sottoposte alla Segreteria.