

# **PIANO DI ASSISTENZA**

**Circolare n° 1B/2026  
per i Soci Pensionati**

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

<b>A. REGOLE GENERALI</b>	4
SOGGETTI BENEFICIARI	5
AVVERTENZE	5
EROGAZIONE DEI SUSSIDI	6
ADESIONE SOCI PENSIONATI	6
<b>B. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI PRIMO LIVELLO</b>	8
B.1 COPERTURA ASSICURATIVA LONG TERM CARE	8
<b>C. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI SECONDO LIVELLO</b>	9
1.1 PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI	9
1.2 INTERVENTI CHIRURGICI OCULISTICI	9
2.1 TICKET	10
2.2 DIAGNOSTICA	10
2.3 VISITE SPECIALISTICHE	11
2.5 DIETOLOGIA	11
2.6 VACCINI	12
3.1 OCCHIALI E LENTI DA VISTA	13
3.2 PRESIDIO SANITARI ORTOPEDICI	13
3.3 PRESIDIO SANITARI APPARECCHIATURE VARIE	14
3.4 PROTESI ORTOPEDICHE	14
4.1 CURE TERMALI	15
4.2 TRATTAMENTI RIABILITATIVI	15
4.3 CURE FISIOTERAPICHE	15
4.4 PSICOTERAPIA PER ADULTI	16
4.5 CURE PER MINORI	16
4.6 CERTIFICAZIONE BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI	17
4.7 CURE PER DIVERSAMENTE ABILI	17
5.1 CURE DENTARIE	18
5.2 IMPLANTOLOGIA	20
5.3 PROTESI DENTARIE	21
5.4 GNATOLOGIA	22
5.5 ORTODONZIA	23
6.1 TRASPORTO IN AMBULANZA	24
6.2 SUSSIDI STRAORDINARI	24

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).

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 possono essere consegnate **anche in modalità cartacea solo dai Soci Pensionati**: dovranno essere integrati anche di copia della carta di identità e saranno trattate **60 giorni dopo** delle richieste caricate nel Portale oneCARE.

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.**

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.

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

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 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 specificata nella 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.

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 di età superiore a 24 anni

## AVVERTENZE

- La documentazione per spese mediche effettuate all'estero deve essere 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 **emettitriche automatiche** 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:

1. copertura alla polizza LTC
2. accesso alle prestazioni di secondo livello nella misura indicata nella presente Circolare con le seguenti ulteriori specifiche:
  - prestazioni relative a prevenzione, presidi interventi, cure e terapie, socio-assistenziali: massimale annuo totale di € 1.000,00.
  - prestazioni dentistiche: massimale annuo totale di € 4.000,00.

Per la domanda di conferma di iscrizione dovranno essere allegati:

- Modulo GDPR
- Modulo Iscrizione Pensionati
- Modulo Variazione dati Socio - dati anagrafici
- attestato di pensionamento rilasciato dall'ente preposto
- 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 l'accertamento di tale autorizzazione: in caso di insoluto, i costi saranno a carico del Socio, in aggiunta alle penali riportate nel Regolamento.**

**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**

### **B.1 COPERTURA ASSICURATIVA LONG TERM CARE**

**€ 10.000,00 una tantum**

**€ 1.000,00 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 €. 10.000,00 al momento del documentato accadimento dello stato di non autosufficienza, con aggiunta di una rendita mensile pari ad €. 1.000,00 per ogni mese di documentato stato.

## C. GUIDA ALLE PRESTAZIONI DI SECONDO LIVELLO

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

C.1 INTERVENTI

C.2 PREVENZIONE

C.3 PRESIDI

C.4 CURE E TERAPIE

C.5 CURE DENTISTICHE

C.6 PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

### Massimali generali

- Prestazioni relative a prevenzione, presidi interventi, cure e terapie, socio-assistenziali (C.1 – C.2 – C.3 – C.4 – C.6): massimale annuo totale di € 1.000,00.
- Prestazioni dentistiche (C.5): massimale annuo totale di € 4.000,00.

## C.1 INTERVENTI

### 1.1 PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI

**35% della spesa fino ad € 140,00**

**Massimale unico di € 210,00 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: 25% della spesa**

**Modalità indiretta: 21% della spesa**

**Massimale unico nella vita di € 700,00**

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.



## 2.1 TICKET

### 42% della spesa

#### Massimo di € 420,00 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. Secondo quanto stabilito dalla presente circolare, le visite odontoiatriche sono rimborsabili solo se effettuate con pagamento del ticket, per il quale il sussidio viene erogato come sopra specificato

#### 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: 39% della spesa fino ad € 231,00

### Modalità indiretta: 35% della spesa fino ad € 210,00

#### Massimale unico di € 420,00 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: 46% della spesa fino ad € 70,00**

**Modalità indiretta: 42% della spesa fino ad € 63,00**

**Massimale unico di € 420,00 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: 46% della spesa**

**Modalità indiretta: 42% della spesa**

**Massimale unico di € 140,00 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

**42% della spesa fino ad € 42,00**

**Massimale di € 70,00 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: 46% della spesa** nei punti vendita aderenti, previa verifica da parte del Socio

**Modalità indiretta: 42% della spesa**

**Massimale unico di € 280,00 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

**42% della spesa fino ad € 56,00 per presidio**

**Massimale di € 140,00 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**

**42% della spesa fino ad € 245,00 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**

**42% della spesa fino ad € 3.500,00 ogni 10 anni**

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

#### **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

Allegare alla richiesta la prescrizione medica specialistica e la fattura.

## 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: 46% della spesa** per i trattamenti elencati nella Modalità Indiretta e se previsti dal centro convenzionato

**Modalità indiretta: 42% della spesa**

**Massimale unico di € 210,00 ad anno solare**

*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*

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 prestazioni 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: 46% della spesa**

**Modalità indiretta: 42% della spesa**

**Massimale unico di € 210,00 ad anno solare**

*Massoterapia – manipolazioni – kinesiterapia – rieducazione motoria - ortottica – manipolazioni osteopatiche – trattamenti chiropratici - linfodrenaggio*

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 prestazioni erogate da personale sanitario riconosciuto:

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

**Non sono sussidiabili:**

- prestazioni erogate da personale non sanitario: laureati in scienze motorie, operatori shiatzu, massaggiatori sportivi, massaggiatori estetici e chinesiologi, 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**

**46% della spesa fino ad € 63,00 a seduta**

**Massimale di € 420,00 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 chirurghi 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**

**42% della spesa**

**Massimale di € 525,00 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 neuropsicomotricità 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 |
| 46%   |  | della   |           | spesa    |
|       | Massimale di € 350,00 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: 46% della spesa**

per i trattamenti elencati nella Modalità Indiretta e se previsti dal centro convenzionato

#### **Modalità indiretta: 42% della spesa**

#### **Massimale unico di € 2.100,00 ad anno solare**

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

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

#### **Sono sussidiabili:**

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:**

consulti, 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 39% dell'importo**  
per la **modalità indiretta il 35% dell'importo**  
**Massimale unico di € 1.050,00 ad anno solare**

IGIENE		Indiretta	DIRETTA
<b>1001</b>	<b>Visita gnatologica o odontoiatrica</b> <b>E' rimborsabile 1 prestazione l'anno</b> Comprensiva anche di esame dei tessuti duri e molli del cavo orale, esecuzione di 2 bite wings o RX endorali globale	€ 35,00	€ 38,50
<b>1002</b>	<b>Ablazione del tartaro</b> <b>E' rimborsabile 1 prestazione l'anno, o 2 l'anno purché 1 in modalità diretta e 1 indiretta.</b> 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	€ 35,00	€ 38,50
<b>PARODONTOLOGIA</b> 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.			
<b>1101</b>	<b>Gengivectomia e gengivoplastica</b> Comprende anche allungamento corona clinica e cuneo distale per dente	€. 21,00	€. 24,50
<b>1104</b>	<b>Chirurgia muco-gengivale</b> 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	€ 84,00	€ 94,50
<b>1105</b>	<b>Materiale biocompatibile (compresa membrana)</b> Rimborsabile solo se associato a chirurgia che prevede il sollevamento del lembo. per 4 denti	€ 70,00	€ 77,00
<b>1106</b>	<b>Levigatura radicolare</b> Rimozione del tartaro sottogengivale e del cemento rammollito, comprensivo di anestesia Max 4 quadranti all'anno a quadrante	€ 35,00	€ 38,50
<b>1107</b>	<b>Splintaggio</b> Max 1 volta ogni 2 anni Se utilizzato come contenzione ortodontica deve essere compreso nel trattamento ortodontico complessivo	€ 35,00	€ 38,50

<b>AVULSIONI</b>		
La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, anestesia, sutura, uso del laser ed eventuale posizionamento di spugna di collagene.		
	Indiretta	DIRETTA
<b>1201 Estrazione semplice</b> Avulsione senza particolari difficoltà per elemento erotto o residuo radicolare	€ 28,00	€ 31,50
<b>1202 Estrazione indaginosa o complessa</b> Avulsione realizzata con difficoltà tecniche in osteotomia/odontotomia per elemento erotto o incluso	€ 56,00	€ 63,00
<b>1203 Estrazione deciduo</b>	€ 21,00	€ 24,50
<b>1204 Estrazione in inclusione ossea (parziale o totale)</b> Avulsione di dente parzialmente incluso realizzata con apertura di un lembo/osteotomia/odontotomia	€ 70,00	€ 77,00
<b>1208 Germectomia</b> Avulsione incluso ad uno stadio di formazione precoce (sola corona o 1/3 delle radici) con osteotomia/ lembo/sutura	€ 70,00	€ 77,00

<b>ALTRA CHIRURGIA ORALE</b>		
La seduta comprende: radiografie endorali, bite wings, anestesia, sutura, eventuale posizionamento di spugna o di collagene e utilizzo del laser.		
	Indiretta	DIRETTA
<b>1301 Incisione ascessi</b> globale	€ 56,00	€ 63,00
<b>1302 Intervento per asportazione cisti o neoformazione</b> globale	€ 84,00	€ 94,50
<b>1303 Intervento di piccola chirurgia</b> (indicare tipologia intervento) Procedura chirurgica per intervento sui tessuti molli (rimozione epulide, cisti mucosa, esposizione denti inclusi per terapia ortodontica, rizcetomia, rizotomia) globale	€ 70,00	€ 77,00
<b>1304 Frenulectomia o frenuloplastica</b> globale	€ 56,00	€ 63,00
<b>ENDODONZIA</b>		
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
<b>1401 Terapia endodontica di 1 canale radicolare</b>	€ 56,00	€ 63,00
<b>1402 Terapia endodontica di 2 canali radicolari</b>	€ 70,00	€ 77,00
<b>1403 Terapia endodontica di 3 canali radicolari</b>	€ 77,00	€ 87,50
<b>1407 Apicectomia</b> (per radice) Chirurgia endodontica (es. in presenza di granuloma) eliminazione dell'apice radicolare e otturazione retrograda (lembo compreso)	€ 84,00	€ 94,50

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

	Indiretta	DIRETTA
<b>1502 Sigillatura solchi</b> Chiusura dei solchi anatomici (per singolo dente) a scopo preventivo	€ 17,50	€ 21,00
<b>1503 Otturazione in composito o amalgama (I-II classe)</b> Per cavità situate sulla superficie occlusale o cervicale	€ 35,00	€ 38,50
<b>1504 Otturazione in composito o amalgama (III-IV-V classe)</b> Per cavità situate tra superfici prossimali (tra un dente e l'altro) di molari e premolari (occluso-mesiale, occluso-distali o mesio-occluso-distali)	€ 52,50	€ 59,50
<b>1508 Ricostruzioni in composito con perno in fibra (vetro o carbonio)</b>	€ 70,00	€ 77,00
<b>1509 Pulpotomia ed otturazione su dente deciduo</b>	€ 52,50	€ 59,50

## 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 39% dell'importo**

per la **modalità indiretta il 35% dell'importo**

**Massimale unico di € 2.800,00 nell'arco degli ultimi 5 anni da Socio**

	Indiretta	DIRETTA
<b>2001 Impianto osteointegrato</b> (comprende pilastro prefabbricato, vite di guarigione e perno moncone)	€ 455,00	€ 500,50
<b>2002 Minirialzo seno mascellare con accesso crestale</b> a quadrante	€ 84,00	€ 94,50
<b>2003 Grande rialzo seno mascellare con accesso laterale</b> a quadrante	€ 350,00	€ 385,00
<b>2004 Chirurgia ossea resettiva</b> (Lembo gengivale con osteotomia/ osteoplastica o osteogengivoplastica preprotetica) a quadrante	€ 175,00	€ 192,50

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 39% dell’importo**

per la **modalità indiretta il 35% dell’importo**

**Massimale unico di € 2.800,00 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.

<b>CORONE</b>		
<b>Non sono rimborsabili gli interventi temporanei (provvisori).</b> Si intendono sia le protesi su denti che su impianti, cementate o avvitate. Sono comprese le fasi di impronta e cementazione.		
	Indiretta	DIRETTA
3001 <b>Corona in lega non preziosa e resina</b>	€ 126,00	€ 140,00
3002 <b>Corona in lega preziosa e resina</b>	€ 140,00	€ 154,00
3003 <b>Corona in lega non preziosa e ceramica</b>	€ 154,00	€ 171,50
3004 <b>Corona in lega preziosa e ceramica</b>	€ 175,00	€ 192,50
3005 <b>Corona ceramica integrale o zirconio</b>	€ 210,00	€ 231,00
3006 <b>Maryland Bridge</b> (o ponte incollato) sia in metallo resina che in metallo ceramica Dispositivo per dente mancante ancorato a denti attigui	€ 105,00	€ 115,50
INTARSI		
3101 <b>Intarsio in resina</b>	€ 70,00	€ 77,00
3102 <b>Intarsio in ceramica</b>	€ 105,00	€ 115,50

<b>PERNI ENDOCANALARI</b>		
	Indiretta	DIRETTA
3202 <b>Perno endocanalare fuso</b> (o perno moncone) realizzato in laboratorio	€ 70,00	€ 77,00
<b>PROTESI MOBILE E PROTESI RIMOVIBILI SU DENTI O SU IMPIANTI</b>		
<b>Non sono rimborsabili gli interventi temporanei (provvisori).</b>		
3301 <b>Protesi mobile totale</b> ad arcata	€ 490,00	€ 539,00
3302 <b>Protesi parziale con base in resina</b> ad arcata	€ 245,00	€ 269,50
3303 <b>Protesi parziale scheletrata con ganci e attacchi</b> (compresi) ad arcata	€ 455,00	€ 500,50
3304 <b>Ribasamento protesi</b> - sistema diretto alla poltrona o in laboratorio ad arcata	€ 42,00	€ 49,00
3306 <b>Sostituzione/riparazione ganci fusi</b>	€ 49,00	€ 56,00
3307 <b>Elementi aggiunti o sostituiti</b>	€ 35,00	€ 38,50
3309 <b>Riparazione protesi</b> (vale per tutti i tipi di protesi compreso il codice 3006)	€ 42,00	€ 49,00

## 5.4 GNATOLOGIA

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

La prestazione indicata dall'odontoiatra nel "Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche" è rimborsata nel limite:

per la **modalità diretta il 39% dell'importo**

per la **modalità indiretta pari al 35% dell'importo**

**Massimale unico di € 210,00 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
<b>4001</b>	<b>Bite</b> (per bruxismo o patologie antalgiche) Trattamento gnatologico con placca. Il trattamento comprende modelli studio e montaggio in articolatore. Vengono sussidiati: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bite non personalizzati.</li> <li>▪ 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....).</li> <li>▪ Non si sussidiano ribasature bite.</li> </ul>	globale	<b>€ 210,00</b>	<b>€ 210,000</b>

## 5.5 ORTODONZIA

Check up e trattamento ortodontico.

La spesa per il trattamento ortodontico indicata dall'odontoiatra nel "Modulo Richiesta Sussidi Prestazioni Odontoiatriche" è rimborsata nel limite pari:

- per la **modalità diretta il 46% dell'importo**
- per la **modalità indiretta al 42% dell'importo**
- Massimale unico pari ad € 2.100,00 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
<b>5003</b>	<b>Check up e trattamento ortodontico</b>	<b>€ 2.10,000</b>	<b>€ 2.100,00</b>
	<p>Il check up ortodontico o studio del caso comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tracciato cefalometrico, studio ed impostazione del caso, impronte delle arcate dentarie e realizzazione del modello e fotografie di studio (inclusa visita ortodontica)</li> <li>▪ Ortopantomografia, teleradiografia latero laterale sono sussidiate come diagnostica</li> </ul> <p>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.</p> <p>Vengono sussidiati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispositivi funzionali per mioterapia con finalità intercettive utilizzati per pazienti minori d'età.</li> <li>▪ Dispositivi di contenzione utilizzati a fine terapia (compreso splintaggio).</li> <li>▪ Allineatori trasparenti (Invisalign).</li> </ul>		

## C.6 PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

### **6.1 TRASPORTO IN AMBULANZA**

**42% della spesa - entro un massimo di € 105,00 ad anno solare**

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

### **6.2 SUSSIDI STRAORDINARI**

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