ENTE MUTUO

REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza

TIPO B · TIPO C · TIPO D · TIPO D plus

ARTICOLI DA 1 A 17 E ALLEGATI DA 1 A 10 AL REGOLAMENTO

IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2027

ENTE MUTUO REGIONALE ASSISTENZA SANITARIA

UNI EN ISO 9001

Confcommercio Milano Lodi Monza Brianza

SOMMARIO

ARTICOLI DA 1 A 17 DEL REGOLAMENTO pag. 1

ALLEGATI DA 1 A 10 DEL REGOLAMENTO pag. 17

Allegato 1 pag. 19
Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per "assistenza specialistica ambulatoriale e altri contributi"

Allegato 2 pag. 21
Modulo per richiesta di autorizzazione per visita specialistica in assenza di prescrizione medica

Allegato 3 pag. 23
Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per "assistenza ospedaliera"

Allegato 4 pag. 25
Importi e modalità di Erogazione delle prestazioni Sanitarie (Delibera Consiglio di Amministrazione)

Allegato 5 pag. 29
Nomenclatore tariffario dei rimborsi ai soci per le prestazioni di "assistenza specialistica ambulatoriale" in forma indiretta

Allegato 5 Bis pag. 35
Scheda riepilogativa delle prestazioni di fisioterapia

Allegato 6 pag. 37
Nomenclatore tariffario dei rimborsi ai soci per le prestazioni odontoiatriche in forma indiretta

Allegato 7 pag. 38
Norme per l'erogazione in forma diretta e indiretta delle prestazioni odontoiatriche

Allegato 8 pag. 41
Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche

Allegato 9 pag. 43
Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera
Parte 1 Nomenclatore tariffario degli interventi chirurgici pag. 44
Parte 2 Nomenclatore tariffario dell'assistenza medica in degenza per ricoveri senza interventi chirurgici pag. 70
Parte 3 Nomenclatore tariffario dei consulti pag. 70
Parte 4 Nomenclatore tariffario delle sale operatorie pag. 71
Parte 5 Nomenclatore tariffario delle degenze pag. 72

Allegato 10 pag. 73
Strutture presso le quali si possono effettuare checkup in forma diretta (per la sola forma ***Dplus***)

ENTE MUTUO

REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo

Articoli da 1 a 17 del Regolamento
in vigore dal 1° Gennaio 2027

REGOLAMENTO

ART. 1 - PREMESSA

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS (nel prosieguo Ente Mutuo), costituito sotto gli auspici di Confcommercio Milano Lodi Monza e Brianza (di seguito Confcommercio), eroga sussidi a fronte delle spese sostenute per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in favore dei propri Soci e degli iscritti "Aventi Diritto", nelle forme e con le modalità descritte negli Artt. da 9 a 17 del presente Regolamento, a condizione che ne abbiano accettato Statuto e Regolamento presentando apposita domanda di iscrizione. Ente Mutuo non eroga né organizza direttamente prestazioni sanitarie: nel presente Regolamento il termine "prestazione" e/o "prestazioni" non potrà mai essere letto come un'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di Ente Mutuo, bensì unicamente come sussidio riconosciuto - a titolo di rimborso al Socio ovvero, nei casi previsti, di pagamento diretto alla struttura o al professionista convenzionato - a fronte di spese per prestazioni medico-sanitarie eseguite da soggetti terzi. Il trattamento dei dati personali, con l'esplicito consenso di tutti gli iscritti, è finalizzato all'erogazione dei sussidi.

ART. 2 - SOCI ORDINARI

Possono iscriversi a Ente Mutuo in qualità di Soci, nelle forme di assistenza di tipo **B**, **C**, **D** e ***Dplus***, esclusivamente coloro che, già iscritti come "Aventi Diritto" di un nucleo familiare titolare di una delle dette forme di assistenza, richiedano l'istituzione di una tessera autonoma a proprio nome (scissione del nucleo familiare). La tessera autonoma può essere istituita esclusivamente nella medesima forma di assistenza di cui è titolare il nucleo familiare di provenienza. Non è pertanto ammessa l'iscrizione in una forma di assistenza diversa da quella del nucleo di origine. Il richiedente deve inoltre essere in possesso dei requisiti per iscriversi alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Milano Lodi Monza e Brianza - Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale, Interregionale, Nazionale per il nucleo dei propri associati con sede, anche se solo operativa, in Lombardia.

Possono iscriversi in qualità di Soci anche:

a) Coloro che, già iscritti come "Aventi Diritto" di un nucleo familiare titolare di una di dette forme di assistenza, richiedano la scissione del nucleo familiare nella medesima forma di assistenza di cui è titolare il nucleo familiare di provenienza, nei limiti del 15% della compagine sociale di Ente Mutuo e sino ad esaurimento di detta percentuale, ancorché privi dei requisiti per iscriversi alle Associazioni aderenti a Confcommercio, purché presentino domanda e ottengano il parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato Esecutivo di cui all'Art. 15 bis, comma 4, lett. F., dello Statuto, qualora nominato.

Condizione necessaria per l'ammissibilità della domanda di ammissione a Socio è che il richiedente, alla data di presentazione della domanda, sia un "Avente Diritto" del nucleo familiare il cui Socio titolare della tessera sia in regola con i pagamenti dei contributi associativi.

Il Socio già titolare di una tessera di forma di assistenza di tipo **B**, **C**, **D** e ***Dplus***, al verificarsi di una variazione del proprio nucleo familiare, è tenuto ad aggiungere i nuovi "Aventi Diritto", secondo quanto previsto dal presente Regolamento, all'atto della propria iscrizione a Socio.

ART. 3 - ISCRIZIONE

L'iscrizione, fatto salvo il periodo di tre anni in cui è obbligatoria e non recedibile, si rinnova tacitamente di anno in anno, salvo disdetta che deve essere comunicata mediante posta elettronica certificata o, in alternativa, lettera raccomandata da far pervenire a Ente Mutuo entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in cui si comunica la disdetta. Tale termine è perentorio. Gli effetti del recesso sono indicati nell'Art. 7 del Regolamento Attuativo.

La domanda di iscrizione, nel rispetto delle condizioni previste dall'Art. 2 del presente Regolamento, deve essere compilata e sottoscritta dal richiedente sui moduli predisposti da Ente Mutuo e presentata unitamente a tutta la documentazione richiesta. Acquisita la qualifica di Socio e divenuto titolare della tessera, quest'ultimo è tenuto a iscrivere obbligatoriamente anche tutti i componenti del proprio nucleo familiare, che assumono la qualifica di "Aventi Diritto". L'aggiunta di nuovi "Aventi Diritto" al nucleo familiare già esistente è ammessa sino al compimento del diciottesimo anno di età. Una volta avvenuta l'iscrizione, il nominativo dell'"Avente Diritto" è incluso tra i componenti del nucleo familiare del Socio, inserito nella tessera del Socio titolare e acquisisce il diritto alle prestazioni previste dal presente Regolamento.

L'obbligo di inserimento non si applica al familiare già coperto da altra assistenza sanitaria integrativa, purché ne sia fornita adeguata documentazione.

Ogni variazione del nucleo familiare deve essere comunicata per iscritto a Ente Mutuo entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui si verifica tale evento (a titolo esemplificativo, nascita di figli), pena la decadenza dal diritto all'assistenza; in caso di omessa comunicazione, Ente Mutuo ha facoltà di risolvere il rapporto associativo. Ai fini della validità dell'iscrizione degli "Aventi Diritto" e della conseguente decorrenza del diritto alle prestazioni, fa fede esclusivamente la comunicazione scritta con cui il Socio segnala la variazione. Non è prevista né consentita alcuna forma di sospensione dell'iscrizione.

Il Socio titolare di una forma di assistenza disciplinata dal presente Regolamento può richiedere esclusivamente la migrazione verso una forma di assistenza sottoscrivibile, al momento della presentazione della domanda, nel rispetto delle condizioni previste dal relativo Regolamento e dal Regolamento attuativo.

Ente Mutuo si riserva di richiedere ulteriore documentazione in merito alla composizione del nucleo familiare.

ART. 4 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI O INTEGRATIVI

Tutti i contributi associativi dovuti sia per i Soci che per gli "Aventi Diritto", devono essere corrisposti anticipatamente dal Socio secondo le modalità ed i termini di anno in anno stabiliti dal Consiglio di Amministrazione. I contributi sono deliberati in cifra annuale e non sono divisibili in relazione ad eventi che possano verificarsi nel corso dell'anno quali, a titolo meramente esemplificativo: cessazioni di attività, trasferimento di residenza, decessi, etc.
Per i Soci di cui all'Art. 2, lettera a) del presente Regolamento, nonché per i Soci che non risultino più iscritti alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Milano Lodi Monza e Brianza - Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale, Interregionale, Nazionale con sede anche se solo operativa in Lombardia, è previsto un contributo aggiuntivo, detto integrativo, nella misura stabilita di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione.
La reiscrizione del Socio a Confcommercio comporta la facoltà di ottenere lo storno del contributo integrativo solo ed esclusivamente per l'anno in cui viene presentata la domanda e questa sia accolta da Ente Mutuo.
Ai Soci morosi, che sono in ogni caso obbligatoriamente tenuti al pagamento dei contributi relativi all'annualità in corso, verranno addebitati gli interessi legali. Ai Soci che siano stati sempre puntuali nei pagamenti e che risultino iscritti continuativamente per almeno dieci anni, dall'undicesimo anno verranno applicate riduzioni ai contributi associativi, stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

ART. 5 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

L'erogazione di sussidi per spese sanitarie e di trattamenti e prestazioni sociosanitarie, prevista nel presente Regolamento nelle varie e diverse forme di assistenza, potrà avvenire solo ed esclusivamente a favore dei Soci e "Aventi Diritto" in regola con i pagamenti dei contributi associativi. In caso di morosità nei pagamenti dei contributi associativi l'assistenza di Ente Mutuo viene sospesa. Ente Mutuo non è tenuto ad avvisare il Socio e gli "Aventi Diritto" della sospensione dell'assistenza per morosità. In caso di morosità Ente Mutuo potrà richiedere al Socio la restituzione dei sussidi che dovesse avere ricevuto durante il periodo di morosità. Fatto salvo quanto previsto dall'Art. 12 lett. c dello Statuto, il mancato pagamento delle quote associative, o parte di esse, non comporta la cessazione del rapporto associativo e conseguentemente il Socio è comunque tenuto al pagamento di dette quote anche nel caso di sospensione dell'erogazione dei sussidi per morosità. Il pagamento a sanatoria della morosità delle quote associative non ha efficacia retroattiva e non comporta per il Socio e "Avente Diritto" il diritto all'erogazione dei sussidi, anche in modalità indiretta e ancorché non siano stati liquidati da Ente Mutuo. Soltanto dopo 30 giorni dal pagamento degli importi a qualsiasi titolo dovuti e/o comunque delle morosità che si fossero verificate, il Socio e conseguentemente gli "Aventi Diritto", saranno riammessi al diritto dell'erogazione di sussidi per spese sanitarie e di trattamenti e prestazioni sociosanitarie.

ART. 6 - DECORRENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni, salvo quanto riportato all'Art.11, decorre:

- **a)** 30 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- **b)** 90 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza ospedaliera;
- **c)** 120 giorni dopo l'iscrizione per le prestazioni odontoiatriche conservative di cui all'Allegato 7;
- **d)** 300 giorni dopo l'iscrizione per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse. Le limitazioni temporali di cui ai punti a), b) e c) del comma che precede, valgono dalla data di iscrizione sia per i Soci che per gli "Aventi Diritto". In caso di parto il termine di 300 giorni, indicato nel precedente comma alla lettera c), si computa, sempre ed in ogni caso, dalla data di iscrizione della partoriente.

ART. 7 - CESSAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Al venir meno dei requisiti richiesti dallo Statuto, dal Regolamento e di quelli dichiarati dal Socio, cessa il diritto alle prestazioni. L'esclusione dal diritto alle prestazioni è deliberata dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo secondo quanto previsto nello Statuto e dal Regolamento Attuativo ai quali si rimanda. Il provvedimento di esclusione ha effetto immediato dalla data della delibera e si estende a tutti gli "Aventi Diritto". Il provvedimento di esclusione viene comunicato a mezzo di posta elettronica certificata o, in alternativa, tramite raccomandata A/R, al Socio all'ultimo domicilio noto a Ente Mutuo. Il diritto alle prestazioni cesserà con effetto immediato dalla comunicazione di esclusione, salvo casi particolari che dovranno essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo.

ART. 8 - REVOCA E PERDITA DELLA QUALITÀ DI SOCIO

La revoca della qualità di Socio potrà essere decisa dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo allorché vengano meno i presupposti per l'iscrizione a Ente Mutuo e, in particolare, in caso di morosità nel pagamento dei contributi annuali associativi. In quest'ultimo caso, fatta salva la sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, la revoca avrà effetto dal primo gennaio dell'anno successivo a quello in cui sia stata accertata la morosità del Socio al pagamento dei contributi annuali associativi. In caso di recesso o esclusione, il Socio non ha diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale. Il Socio escluso a norma dello Statuto Sociale non ha diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale. In caso di morte del Socio i rimborsi spettanti a quest'ultimo, per le prestazioni di cui abbia fruito prima del decesso, verranno liquidati agli eredi legittimi

nelle misure e nelle forme previste dal Codice civile. Gli eredi legittimi, ai quali andranno liquidati i rimborsi, potranno delegare uno solo di loro a riscuotere l'intera somma. Tale pagamento avrà effetto liberatorio ai sensi di legge nei confronti di tutti gli eredi legittimi e/o beneficiari, con manleva sin d'ora di Ente Mutuo da ogni responsabilità a qualsiasi titolo. Gli eredi del Socio deceduto non hanno diritto alla restituzione di alcun fondo Sociale. Il rapporto tra Ente Mutuo e gli "Aventi Diritto" si estingue a tutti gli effetti con il decesso del Socio, con il suo recesso ovvero con l'esclusione o la decadenza da tale qualifica.

ART. 9 - FORME DI ASSISTENZA

Le forme di assistenza tipo **B**, **C**, **D**, ***Dplus*** sono disciplinate dal presente Regolamento e dai rispettivi allegati.
La forma di assistenza del Socio che accede per scissione del nucleo familiare ai sensi dell'Art. 2 corrisponde obbligatoriamente a quella del nucleo familiare di provenienza e non è modificabile nell'ambito del presente Regolamento.
Il Socio può in qualsiasi momento richiedere la migrazione verso una forma di assistenza sottoscrivibile al momento della presentazione della domanda di adesione, nel rispetto dei requisiti del relativo regolamento, presentando apposita richiesta al Consiglio di Amministrazione. La migrazione, nel caso di accettazione, ha efficacia a decorrere dal primo gennaio dell'anno successivo, nel rispetto delle condizioni previste dal relativo Regolamento.
Le forme di assistenza sono: **Tipo B** (Art. 13), **Tipo C** (Art. 14), **Tipo D** (Art. 15) e **Tipo *Dplus*** (Art. 16).

ART. 10 - PRESTAZIONI

Le prestazioni sono erogate in modalità diretta, previa autorizzazione di Ente Mutuo, tramite strutture sanitarie convenzionate per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale, nei limiti differenziati a seconda del tipo di forma di assistenza. In modalità indiretta, invece, i rimborsi sono corrisposti secondo i valori unitari del "Nomenclatore Tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (Allegato 5), esclusivamente da strutture sanitarie certificate come tali. Non sono rimborsabili prestazioni effettuate presso Farmacie, Palestre, Alberghi Termali o Terme (tranne che per il ticket SSN delle sole cure termali). Il rimborso è corrisposto esclusivamente previa presentazione di copia della fattura quietanzata. Non sono ritenuti validi scontrini di pagamento come carte di credito, bancomat, PagoPA o altri tipi di pagamento elettronici e telematici. L'assistenza ospedaliera, sia diretta che indiretta, copre la degenza per un periodo massimo di 10 giorni, salvo proroghe rilasciate per iscritto esclusivamente da Ente Mutuo. In caso di assistenza indiretta, è onere dell'iscritto, anche tramite delegato, informare Ente Mutuo del ricovero ospedaliero e richiedere la proroga direttamente a Ente Mutuo. In caso di assistenza ospedaliera diretta presso strutture convenzionate, la richiesta di proroga è di competenza della struttura; rimane tuttavia onere dell'iscritto verificare che la struttura vi provveda nei termini previsti. In entrambi i casi le proroghe devono pervenire a Ente Mutuo tassativamente non oltre 2 (due) giorni lavorativi (sabato escluso) antecedenti al termine dei 10 giorni di degenza. Ogni ritardo, indipendentemente dalla causa, comporterà il diniego alla concessione della proroga richiesta. L'erogazione delle prestazioni avviene con i criteri di rimborso, modalità e limitazioni previste dal presente Regolamento e dai relativi allegati.
La documentazione delle spese sanitarie deve essere consegnata in copia libera a Ente Mutuo e quietanzata, in regola con le leggi fiscali vigenti, allegata ai moduli predisposti (Allegati 1, 3, 8), fatta eccezione per la sola copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante. Non si rimborsano fatture in acconto se non accompagnate da quelle a saldo, né prestazioni non ancora interamente eseguite. L'applicazione dell'imposta di bollo, ove dovuta ai sensi del DPR 642/1972, rimane a carico dell'intestatario della fattura. Sono rimborsabili esclusivamente le prestazioni sanitarie di comprovata efficacia clinica; non si rimborsano protocolli di studio o terapie sperimentali. Ente Mutuo si riserva di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti e di richiedere tutta la documentazione ritenuta utile. L'assistito che non ottemperi nei termini indicati decade dal diritto al rimborso.
L'assistenza si articola nelle seguenti prestazioni:

10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni medico specialistiche vengono erogate in modalità diretta presso strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione emessa da Ente Mutuo su richiesta o referto del medico curante (medico di base/specialista) con validità di 12 mesi dalla data del rilascio. La richiesta, o referto, del medico curante con diagnosi è necessaria per tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'unica eccezione delle visite specialistiche che possono essere richieste direttamente dal Socio e/o "Avente Diritto" tramite apposita autocertificazione (Allegato 2), nei limiti di quanto stabilito nell'Art. 10.1.1. L'autorizzazione ha una validità di 30 giorni dalla data del rilascio; può essere rinnovata con analoga validità di 30 giorni nel corso dell'anno di competenza, ma entro e non oltre il 31 Gennaio dell'anno successivo. La richiesta di annullamento dell'autorizzazione relativa all'anno di competenza precedente deve essere fatta entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo. Non è consentito richiedere o emettere l'autorizzazione dopo che sono già state erogate le prestazioni. La richiesta, o referto, deve necessariamente rimanere allegata all'autorizzazione.

10.1.1) Visite specialistiche (tipo B, D e *Dplus*)

È possibile effettuare 1 visita specialistica all'anno per ogni branca specialistica richiedendole presso le strutture convenzionate attraverso apposito modulo (Allegato 2). Si precisa, che dalla seconda visita di medesima branca è tassativamente necessario produrre richiesta del medico curante in carta libera riportante la diagnosi, in caso contrario non potrà essere rilasciata la relativa autorizzazione.

Da tale Regola sono escluse:

- Ostetricia;
- Pediatria;
- Fisiatria (massimo 2 visite nell'anno solare tra modalità diretta e indiretta);
- Agopuntura (massimo 2 visite nell'anno solare solo in modalità indiretta);
- Visite dietologiche (massimo 2 visite nell'anno solare solo in modalità diretta) purché effettuate da un medico laureato in medicina e chirurgia, che si occupa di nutrizione e specializzato in scienze dell'alimentazione;
- Odontoiatria (regolamentata dall'Art. 10.1.3.)

Le visite specialistiche in modalità diretta sono erogate presso le strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo. Nel caso di superamento dei massimali di spesa deliberati dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4), si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".
Il valore della visita specialistica a carico di Ente Mutuo non può in ogni caso superare gli importi stabiliti di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione di cui all'Allegato 4 - sezione "Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Tariffe Massime per Visita in Modalità Diretta". Qualora la tariffa applicata dalla struttura convenzionata per la singola visita superi detto importo, la differenza è integralmente a carico dell'assistito, che provvederà al pagamento direttamente alla struttura. La quota a carico dell'assistito eccedente l'importo massimo a carico di Ente Mutuo non concorre al computo del massimale annuo complessivo di cui all'Art. 10.1.4; ai fini di tale computo rileva esclusivamente la quota imputata a Ente Mutuo.
In modalità indiretta possono essere rimborsate solamente le visite specialistiche indicate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (Allegato 5). Non sono previsti rimborsi per le visite non presenti nel Nomenclatore tariffario. Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario sono rimborsabili anche le visite fruite all'estero. Alla richiesta di rimborso (Allegato 1), vanno allegate le copie libere delle fatture quietanzate recanti il nominativo del medico che ha effettuato la visita, la tipologia della stessa, l'eventuale specializzazione posseduta dal professionista, il numero delle visite, gli importi di ogni singola visita, le date di ogni singola visita e la richiesta del medico curante con la diagnosi di malattia.

10.1.2) Altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (tipo B, D e Dplus)

Le altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia diagnostica, prestazioni di diagnostica strumentale, terapia fisica, respiratoria e riabilitativa) sono erogate in modalità diretta per l'intero arco dell'anno solare entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo. In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3". Le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione inerenti alla fisiochinesiterapia (escluse le terapie con finalità estetiche, non riconosciute da Ente Mutuo), sono erogate o rimborsate, in cicli di dieci (10) sedute, ripetibili al massimo due volte nell'anno solare per tipologia di prestazione.
Per i gruppi di prestazioni sotto riportate, il limite massimo di 20 sedute per anno solare è da intendersi cumulabile fra loro.

1° Gruppo:
- Chinesiterapia
- Riabilitazione Post-operatoria;
- Rieducazione Neuromotoria;
- Ginnastica Propriocettiva e posturale
- Riabilitazione Post-traumatica;
- Trattamento osteopatico (solo in forma indiretta max 3 all'anno)

2° Gruppo:
- Ginnastica vascolare in acqua.
- Idrochinesiterapia

Fanno eccezione le prestazioni:

- Onde d'urto, erogate in cicli di tre (3) sedute, ripetibili al massimo due volte nell'anno solare.
- Tecarterapia, erogate con un limite di 10 prestazioni nell'anno solare.

L'assistito dovrà presentare copia libera della fattura quietanzata con la specifica dettagliata delle singole prestazioni effettuate con relativi onorari, le date in cui sono state effettuate le prestazioni e la "Scheda Riepilogativa delle Prestazioni di Fisioterapia" (Allegato 5 *Bis*) debitamente compilata e timbrata dal medico, struttura o professionista.
Superato tale massimale annuo delle prestazioni di fisioterapia (in modalità diretta e indiretta), si potrà avere accesso (previa autorizzazione emessa da Ente Mutuo) alle strutture convenzionate, senza limitazioni, pagando direttamente la tariffa applicata a Ente Mutuo, di cui non sarà previsto nessun rimborso.
In modalità indiretta possono essere rimborsate soltanto le prestazioni ambulatoriali riportate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (Allegato 5); non sono previsti rimborsi per le altre prestazioni specialistiche non presenti nel Nomenclatore tariffario. In particolare, è esclusa la forma di assistenza indiretta per: scintigrafie, prestazioni di laboratorio, risonanza magnetica nucleare (R.M.), tomografia computerizzata (T.C.) e densitometria ossea (M.O.C.), salvo le prestazioni riportate nell'Allegato 5. Per i piccoli interventi/atti medici di chirurgia ambulatoriale dermatologica, che non necessitano dell'utilizzo della sala operatoria, Ente Mutuo riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 5) per non più di due sedute per anno solare.
Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario, sono rimborsabili anche le prestazioni specialistiche fruite all'estero nei casi di urgenza medica. Le prestazioni di "infiltrazioni endoarticolari o periarticolari" vengono riconosciute in un quantitativo

massimo di 5 per anno solare tra modalità diretta e indiretta. Alla richiesta di rimborso (Allegato 1), vanno allegate le copie libere delle fatture quietanzate recanti il numero ed il tipo delle prestazioni, gli importi di ogni singola prestazione, le date in cui sono state effettuate e la diagnosi di malattia per cui sono state effettuate le prestazioni.
Le prestazioni di laboratorio di analisi potranno essere usufruite (previa autorizzazione emessa da Ente Mutuo), presso le strutture convenzionate e senza limitazioni, pagando direttamente la tariffa applicata a Ente Mutuo, per le quali non sarà previsto nessun rimborso.

10.1.3) Prestazioni odontoiatriche (tipo B, D e Dplus)

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute da Ente Mutuo in modalità diretta entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo. In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3" del presente Regolamento. Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute da Ente Mutuo in modalità indiretta tramite una partecipazione alla spesa sostenuta, nella misura prevista dal "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni odontoiatriche" (Allegato 6). Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute, previa richiesta medica, solo se effettuate da un odontoiatra nei limiti e con le modalità previste nelle "Norme per l'erogazione in modalità diretta e indiretta delle prestazioni odontoiatriche (Allegato 7)". In merito alle prestazioni riportate nell'Allegato 7 si precisa che, per le prestazioni di seguito riportate, il limite erogabile comprende modalità diretta e indiretta:

- Visita odontoiatrica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 2 volte nell'anno solare con limite di 1 visita per scheda odontoiatrica (ciclo di cura);
- Ablazione tartaro: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare;
- Levigatura radicolare: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare;
- Curettage gengivale: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare;
- Gengivectomia o Gengivoplastica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 1 volta per ogni quadrante ogni 5 anni (fornire documentazione).

Non sono riconosciute al rimborso le prestazioni effettuate da odontotecnici.
Non sono riconosciute al rimborso le protesi, la chirurgia implantare, le cure protesiche ed i relativi accertamenti diagnostici.
Non è riconosciuta ogni altra prestazione non espressamente riportata nel Nomenclatore tariffario odontoiatrico ed i relativi accertamenti diagnostici. Sempre con riferimento al Nomenclatore tariffario sono rimborsabili anche le prestazioni fruite all'estero nei casi di urgenza medica. Insieme alla richiesta di rimborso in modalità indiretta (Allegato 1), l'assistito dovrà presentare copia libera della fattura quietanzata con la specifica dettagliata delle singole prestazioni effettuate con relativi onorari, le date in cui sono state effettuate le prestazioni e la "Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche" (Allegato 8) debitamente compilata e la documentazione sanitaria (opt, rx endorali, fotografie, cartella clinica, etc...) attestante la necessità e veridicità delle prestazioni effettuate. In caso di documentazione non idonea o insufficiente, non verrà erogato alcun rimborso. Ente Mutuo si riserva la facoltà di convocare a visita l'assistito e richiedere in visione l'esame ortopantomografico delle arcate dentarie, le radiografie endorali ed ogni altra documentazione sanitaria che ritenga opportuno acquisire agli atti.

10.1.4) Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 - Quote a carico

Qualora nel corso dell'anno solare il totale del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate in strutture sanitarie convenzionate, nonché i rimborsi effettuati all'assistito (escluse le spese per assistenza ospedaliera e i contributi per altre prestazioni come il contributo di natalità, i ticket rimborsati per le sole prestazioni di laboratorio, i rimborsi per prestazioni come apparecchi ortodontici, trasporto autoambulanza, lenti correttive della vista) superi gli importi dei massimali decisi di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4), l'assistito dovrà contribuire con una quota a carico* al pagamento degli importi eccedenti il massimale prefissato come segue:

- Per il 50% se la spesa eccedente sarà inferiore o pari al triplo del massimale fissato di anno in anno;
- Del 100% qualora l'assistito avrà superato del triplo il massimale previsto; la prestazione sarà quindi interamente a carico dello stesso.

Gli importi di cui sopra sono cumulabili per nucleo familiare, per cui la quota a carico* si applica oltre l'importo complessivo. Ai Soci che, in corso d'anno, non utilizzano completamente il massimale di spesa attribuito, sarà riconosciuta, nell'anno successivo, una quota a credito pari al 50% dell'importo del massimale non usufruito. Tale quota aumenterà pertanto il massimale individuale stabilito dal Consiglio di Amministrazione. La quota a credito cumulata nel corso degli anni non potrà essere superiore al massimale annuo spettante al nucleo familiare (all. 4).

*Quota a carico: importo che l'iscritto verserà direttamente alla struttura prescelta. Tale struttura provvederà all'emissione della relativa fattura.

10.2) Assistenza Ospedaliera - Norme Generali per le Forme B/C/D/Dplus

Ente Mutuo si riserva la possibilità di poter inviare presso la struttura un proprio Consulente Medico per le eventuali verifiche dell'iter diagnostico del paziente. Si riserva, inoltre, di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti. In caso di interventi di blefarocalasi, rinosettoplastica, ptosi, ernie ombelicali ed altri casi che possono ravvisare interventi di chirurgia estetica, è necessario effettuare visite pre e post-operatorie presso il Consulente Medico di Ente Mutuo. Il rimborso per ricovero o day hospital o day surgery è tassativamente escluso nei casi riportati nell'Art. 11 e limitato agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9). L'importo del massimale complessivo annuale per l'assistenza ospedaliera (diretta ed indiretta) riconosciuto ad ogni assistito è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4). Nessun rimborso è possibile se, dalla documentazione inviata, non risulta chiaramente che la struttura in questione è una struttura sanitaria autorizzata. Per "day hospital" o "day surgery" si intende il ricovero limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, per tutte quelle patologie medico-chirurgiche che richiedono procedure diagnostiche e terapeutiche anche in anestesia locale, loco regionale, generale. Sono riconosciute le prestazioni in modalità diretta e indiretta solo agli assistiti in regola con i pagamenti come previsto dall'Art. 5 del presente Regolamento. L'assistenza ospedaliera in modalità diretta, presso strutture sanitarie convenzionate, è erogabile solamente previa acquisizione da parte della struttura di autorizzazione scritta di Ente Mutuo. L'Assistito è tenuto a verificare il rilascio di tale autorizzazione per sapere se Ente Mutuo abbia assunto o meno la copertura delle spese sanitarie. Per le forme C/D/Dplus sono riconosciuti come esami pre-ricovero: esami ematochimici, visita anestesiologica, visita cardiologica ed elettrocardiogramma, rx torace. L'Iva, sia per prestazioni sanitarie erogate in modalità diretta che indiretta, viene rimborsata fino al limite massimo del 10%. In caso di eventuali aumenti dell'aliquota, la differenza resterà a carico dell'assistito. Le prestazioni di cataratta, pancolonscopia operativa, esofagogastroduodenoscopia operativa, artroprotesi anca totale, verranno rimborsate - siano esse garantite da Strutture convenzionate o non convenzionate - secondo la valorizzazione stabilita dal vigente Nomenclatore Tariffario (prestazioni a pacchetto) indipendentemente dalla forma di assistenza sottoscritta. Non è possibile scegliere un'equipe chirurgica non convenzionata laddove è previsto, in convenzione diretta, un "pacchetto" per l'intervento scelto. Per l'intervento a pacchetto di artroprotesi anca totale in modalità diretta, nel caso in cui il costo della protesi scelta superi l'importo stabilito con la struttura sanitaria convenzionata, la differenza rimarrà a carico dell'Assistito indipendentemente dalla forma di assistenza sottoscritta. Per le forme C, D e Dplus l'utilizzo della strumentazione ad alto costo come ad esempio: Robot Da Vinci, Robotic Assisted Surgery (RSA - qualsiasi tipo), Cyberknife, Gammaknife, Rosa Knee Robot, apparecchiatura robotica per interventi chirurgici oncologici, e relativi dispositivi monouso, verrà rimborsata in forma indiretta nella misura del 50% della spesa sostenuta. L'esclusione per patologia cronica comporta l'esclusione di ogni prestazione ad essa correlata.

➢ **Spese neonatali in caso di ricovero per parto.**

Fatte espressamente salve le disposizioni relative alla forma di assistenza di tipo B, per tutte le altre forme di assistenza in caso di ricovero per parto, le spese legate al neonato saranno a carico della Socia/Assistita in quanto esso non ancora assistibile da Ente Mutuo. Alla formale iscrizione del neonato a Ente Mutuo (come da Art. 3), che deve avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla nascita, queste spese verranno rimborsate con le tariffe della modalità indiretta/diretta e in base alla forma di assistenza della partoriente. In assenza di iscrizione del neonato (Art. 3) le spese relative all'assistenza neonatologica rimarranno a carico della Sosia/Assistita.

10.2.1) Per i soli iscritti alla forma B

➢ **Partecipazione alla spesa.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata da Ente Mutuo, con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza) presso strutture sanitarie private o reparto solventi di strutture sanitarie pubbliche, Ente Mutuo riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4) e con un massimale annuo di 30 giorni di degenza, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9) e con l'esclusione dei ricoveri per i punti indicati nell'Art. 11 del Regolamento. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo la richiesta di rimborso (Allegato 3), copia libera delle fatture quietanzate, fatta eccezione per la sola copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituito/ospedale curante. Nei ricoveri per parto la partecipazione alla spesa (in alternativa al contributo di natalità), viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto a Ente Mutuo entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

10.2.2) Per i soli iscritti alla forma C e D

➢ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate - Ricovero chirurgico**

L'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria pubblica (reparto solventi) e privata non convenzionata da lui prescelta in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata da Ente Mutuo, con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica). L'assistito dovrà provvedere direttamente al saldo delle spese relative al ricovero. Per ottenere il rimborso, oltre alla compilazione dell'Allegato 3, dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, fatta eccezione per la sola copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.
Ente Mutuo riconosce secondo il "Nomenclatore Tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9):

a) La spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dello strumentista/ferrista durante il ricovero (che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza - visite ed altre prestazioni - prestata dall'équipe medico-chirurgica durante l'intero arco del ricovero); se gli interventi chirurgici, in regime di ricovero, sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (Allegato 9, Parte 1);
b) La spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in cartella clinica (Allegato 9, Parte 3);
c) Il costo per la sala operatoria, comprensivo dell'uso di qualsiasi attrezzatura (Allegato 9, Parte 4);
d) L'importo per la degenza (Allegato 9, Parte 5);
e) Il rimborso nella misura del 60% della spesa sostenuta per medicinali e materiali utilizzati durante il ricovero e il 50% per i materiali ad alto costo e relativi dispositivi monouso. I prezzi fatturati non possono in ogni caso superare quelli pubblicati annualmente dall'Informatore Farmaceutico;
f) Il 60% dei costi per eventuali endoprotesi, entro il limite massimo rimborsabile di € 5.000,00;
g) Il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio, strumentale o per immagini).

Ente Mutuo, per i punti sopra indicati a), b), c), d), riconosce il rimborso nei limiti massimi dell'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione e pubblicato sul "Nomenclatore Tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9).
Il ricovero per parto viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto a Ente Mutuo entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto. In assenza di iscrizione del neonato (Art. 3), le spese relative alla neonatologia saranno a carico del Socio/Assistito.

➢ **Ricovero o day hospital presso strutture sanitarie non convenzionate - Ricovero medico**

In caso di ricovero o day hospital senza intervento chirurgico presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo riconosce un importo forfettario per ogni giorno di degenza, fino al decimo giorno, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 9, Parte 2). Per i giorni eccedenti il decimo, il riconoscimento dell'importo forfettario è rimesso alla valutazione di Ente Mutuo sulla base della documentazione sanitaria prodotta dall'assistito. Per ottenere il rimborso l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo la richiesta di rimborso (Allegato 3), copia conforme della cartella clinica rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

➢ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo - Ricovero chirurgico**

Gli assistiti delle forme di assistenza tipo **C** e **D** potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo, a seguito di richiesta inviata da quest'ultima.
Le spese sanitarie sostenute saranno saldate per il 20% dall'assistito e per il restante 80% da Ente Mutuo. Sono escluse le spese extra (a titolo esemplificativo e non esaustivo: telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo ecc.), che restano totalmente a carico dell'assistito.
In caso uno o più componenti dell'équipe non avessero accettato la convenzione, tutta l'équipe è considerata non convenzionata. Ente Mutuo rimborsa in convenzione l'onorario previsto per l'équipe completa. Resta ferma la facoltà dell'assistito di richiedere, autonomamente e in via distinta rispetto all'intervento, una consulenza specialistica presso altro sanitario non appartenente all'équipe: tale prestazione, non costituendo parte dell'atto chirurgico, è riconosciuta secondo le modalità previste dalla relativa forma di assistenza.
Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medico-chirurgica non convenzionata, ai fini del rimborso delle spese mediche sostenute, dovrà saldare le spese extra e il 20% delle spese addebitate dalla struttura sanitaria (il residuo 80% è a carico di Ente Mutuo), nonché il 100% delle spese addebitate dall'équipe medico-chirurgica e inoltrate a Ente Mutuo, oltre alla domanda di rimborso (Allegato 3), la copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate che verranno rimborsate secondo il "Nomenclatore Tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9, Parte 1).

➢ **Ricovero o day hospital presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo - Ricovero medico**

In caso di ricovero o day hospital senza intervento chirurgico presso strutture convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata da Ente Mutuo, viene riconosciuto in forma diretta un importo forfettario per ogni giorno di degenza autorizzata fino al massimo di 10 giorni, salvo proroghe autorizzate per iscritto da Ente Mutuo, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 9, Parte 2). L'importo complessivamente riconosciuto a tale titolo non può comunque eccedere il costo del ricovero; qualora quest'ultimo risulti inferiore, è riconosciuto nei limiti del costo del ricovero. I restanti costi rimarranno a carico dell'assistito senza possibilità di richiedere il rimborso a Ente Mutuo.
Qualora un ricovero inizialmente classificato come medico si trasformi in chirurgico, l'intero ricovero è trattato secondo le disposizioni del ricovero chirurgico di cui al punto precedente.

➢ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico tranne che per il pagamento della

differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9). In tal caso l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo, oltre alla domanda di rimborso (Allegato 3), copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

➢ **Indennità economica - Ricovero o day hospital o day surgery effettuato in regime di SSN presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9). Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica. L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami pre-ricovero. Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3) copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante. L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto a Ente Mutuo entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➢ **Contributo economico - Ricovero per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private.**

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 - punto 022 in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4). Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3) copia conforme della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante nonché le eventuali copie libere delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

➢ **Chirurgia dermatologica - rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3), copia conforme della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante o in mancanza di questa la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

10.2.3) Per i soli iscritti alla forma *Dplus*

➢ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate - Ricovero chirurgico**

L'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata da Ente Mutuo, con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica). In caso di ricovero, day hospital o day surgery con intervento chirurgico presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private non convenzionate, è previsto il rimborso del 60% della spesa sostenuta, con esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, che saranno totalmente a carico dell'assistito. Tale rimborso non potrà essere inferiore all'importo previsto dal "Nomenclatore Tariffario dell'assistenza ospedaliera", nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore Tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9, Parte 1).

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta, viene applicata, nei limiti della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima si intende ridotta del 50%.

Per ottenere il rimborso, oltre alla compilazione dell'Allegato 3, l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia conforme della cartella clinica rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Il ricovero per parto viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto a Ente Mutuo entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto. In assenza di iscrizione del neonato (Art. 3), le spese relative alla neonatologia saranno a carico del Socio/Assistito.

➢ **Ricovero o day hospital presso strutture sanitarie non convenzionate - Ricovero medico**

In caso di ricovero o day hospital senza intervento chirurgico presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo

riconosce un importo forfettario per ogni giorno di degenza, fino al decimo giorno, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 9, Parte 2). Per i giorni eccedenti il decimo, il riconoscimento dell'importo forfettario è rimesso alla valutazione di Ente Mutuo sulla base della documentazione sanitaria prodotta dall'assistito. Per ottenere il rimborso l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo la richiesta di rimborso (Allegato 3), copia conforme della cartella clinica rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.
Qualora un ricovero inizialmente classificato come medico si trasformi in chirurgico, l'intero ricovero è trattato secondo le disposizioni del ricovero chirurgico di cui al punto precedente.

➢ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo - Ricovero chirurgico**

Gli assistiti della forma di assistenza tipo ***Dplus***, previa autorizzazione scritta rilasciata da Ente Mutuo alla struttura stessa, potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate ed usufruire dell'équipe medico-chirurgica che ha aderito alla convenzione senza sostenere alcun onere, salvo il pagamento delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, che saranno totalmente a carico dell'assistito. Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medico-chirurgica non convenzionata, dovrà saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe e inoltrare a Ente Mutuo, oltre alla domanda di rimborso (Allegato 3), copia libera delle fatture quietanzate con specifica dettagliata delle singole voci di spesa e la copia conforme della cartella clinica rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante. Le fatture verranno rimborsate nella misura del 60%, tranne per gli interventi a pacchetto menzionati nel Nomenclatore Tariffario (Allegato 9, Parte 1). Tale rimborso non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore Tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

➢ **Ricovero o day hospital presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo - Ricovero medico**

In caso di ricovero o day hospital senza intervento chirurgico presso strutture convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata da Ente Mutuo, viene riconosciuto un importo forfettario per ogni giorno di degenza autorizzata fino al massimo di 10 giorni, salvo proroghe autorizzate per iscritto da Ente Mutuo, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 9, Parte 2).
Qualora un ricovero inizialmente classificato come medico si trasformi in chirurgico, l'intero ricovero è trattato secondo le disposizioni del ricovero chirurgico di cui al punto precedente.

➢ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico, tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9). In tal caso l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo, oltre alla domanda di rimborso (Allegato 3), copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

➢ **Indennità economica - Ricovero o day hospital o day surgery effettuato in regime di SSN presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9). Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica. L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami prericovero. Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3) copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante. L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto a Ente Mutuo entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

➢ **Contributo economico - Ricovero per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private.**

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 - punto 022 in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4). Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3) copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

➢ **Chirurgia dermatologica - rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (Allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico. L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3), copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, o, in mancanza di questa, la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

10.2.4) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo C, D)

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo riconosce secondo il Nomenclatore tariffario:

- **a)** La spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista e dello strumentista/ferrista che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza - visite ed altre prestazioni - prestata
- **b)** Dall'équipe medico chirurgica; se gli interventi chirurgici sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (Allegato 9 parte 1);
- **c)** La spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in diario operatorio (Allegato 9 parte 3);
- **d)** Il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche del costo dei materiali, farmaci, anestetici, apparecchiature (Allegato 9 parte 4);
- **e)** Il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini) pre-intervento o eseguite durante l'intervento e per altre prestazioni sanitarie documentate in diario operatorio come ad esempio un esame istologico.

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3) l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza presso strutture sanitarie convenzionate, gli assistiti potranno accedere alle prestazioni previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, sostenendo un costo pari al 20% dell'importo complessivo della spesa; il restante 80% verrà saldato da Ente Mutuo.

10.2.5) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo Dplus)

In caso di intervento di chirurgia ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo prevede, in caso di assistenza indiretta, una contribuzione pari al 60% della spesa sostenuta con l'esclusione dell'imposta di bollo e delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore dell'assistenza ospedaliera" (Allegato 9 parte 1). Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta. Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3), l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza diretta, presso strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo, la spesa è totalmente a carico di Ente Mutuo, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, con l'esclusione delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito.

10.2.6) Interventi per vizi di rifrazione (tipo D, Dplus)

Gli interventi per vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo) effettuati con tecnica operatoria di tipo PRK, LASEK e LASIK sono previsti solamente in forma diretta nelle strutture sanitarie convenzionate, con equipe convenzionata e con una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito del 50% dell'importo complessivo convenzionato.

10.2.7) Terapia medica oncologica (tipo C, D e Dplus)

Gli assistiti che devono effettuare trattamenti di terapia medica oncologica in ricovero o in day hospital per chemioterapia antiblastica, immunoterapia, ormonoterapia e tutte le prestazioni ad esse correlate (esami di laboratorio e diagnostici, impianto di CVC e rivalutazioni cliniche), potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata, sostenendo un costo pari al 60% dell'importo complessivo della spesa, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito. In caso di assistenza indiretta, sarà riconosciuto un rimborso pari al 40% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere. Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (Allegato 3), l'assistito dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia conforme della cartella clinica che

dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante. Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica. Le prestazioni di radioterapia ambulatoriale non sono previste.

10.3) Altri Contributi

Gli altri contributi di seguito elencati devono essere richiesti presentando a Ente Mutuo l'apposito modulo (Allegato 1) unitamente alla documentazione prevista dall'Allegato 4.

10.3.1) Contributo di natalità (tipo B)

In caso di nascita di figlio di soggetto assistibile, viene corrisposto un contributo straordinario nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4); la liquidazione avviene purché il neonato venga iscritto a Ente Mutuo entro 30 giorni dalla nascita e che almeno uno dei due genitori sia iscritto a Ente Mutuo. Il contributo di natalità non è cumulabile con le spese ospedaliere di cui all'Art. 10.2.1; è riconosciuto il maggior importo a vantaggio dell'assistito.

10.3.2) Trasporto con autoambulanza (tipo B, D e Dplus)

Le spese relative al trasporto con autoambulanza vengono riconosciute nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione e soltanto due volte l'anno presentando la copia della ricevuta della spesa effettivamente sostenuta (Allegato 4).

10.3.3) Lenti correttive della vista (tipo B, D e Dplus)

Nel caso di lenti correttive della vista (occhiali o lenti a contatto), prescritte dal medico oculista o dall'ottico optometrista, è riconosciuto il rimborso delle lenti fino al massimale fissato per ogni iscritto dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4). Il rimborso nella misura sopra indicata potrà nuovamente essere corrisposto dopo un biennio dall'ultimo acquisto.

10.3.4) Cure ortodontiche (tipo B, D e Dplus)

Il trattamento ortodontico, mediante applicazione di apparecchi atti a correggere malformazioni dentarie, è riconosciuto in modalità indiretta agli assistiti di età non superiore ai 16 (sedici) anni. Il concorso alle relative spese è fissato dal Consiglio di Amministrazione per ogni anno di cura e per il periodo massimo di due anni (Allegato 4).
La richiesta di rimborso deve essere inoltrata al termine di ciascun anno di cura allegando i seguenti documenti:

- Il certificato dell'odontoiatra attestante il tipo di malformazione ed il periodo di cura;
- Copia libera della fattura quietanzata.

Non sono rimborsabili le visite ed i controlli ortodontici.
Il ticket pagato al Sistema Sanitario Regionale per il trattamento ortodontico è considerato, ai soli fini del rimborso, come una fattura per prestazioni di ortodonzia presso strutture sanitarie private.

10.3.5) Check-up (tipo Dplus)

È riconosciuto da Ente Mutuo esclusivamente in modalità diretta ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione, presso le strutture sanitarie convenzionate, con una quota a carico* dell'assistito del 20% della spesa, mentre l'80% è a carico di Ente Mutuo e non grava sul massimale (Allegato 10). L'erogazione di un tipo di check-up esclude ogni altro. Per ottenere la prestazione l'assistito deve presentare una prescrizione medica con richiesta di check-up (non occorre la diagnosi trattandosi di medicina preventiva) a Ente Mutuo che rilascerà apposita autorizzazione.

*Quota a carico: importo che l'iscritto verserà direttamente alla struttura prescelta. Tale struttura provvederà all'emissione della relativa fattura.

10.3.6) Ticket (tipo B, D e Dplus)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, fatto salvo quanto disposto dall'Art. 11 e dall'ultimo comma del presente articolo, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale, o quota fissa per ricetta, o diritti similari che resteranno a carico del Socio, purché la prestazione effettuata sia ben individuabile nel documento di spesa e sia allegata la fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Regionale riportante la diagnosi e, se presente, referto esame istologico. In caso di esenzione dal pagamento ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto. I ticket pagati per le prestazioni di laboratorio e le prestazioni di fisioterapia (con esclusione della visita Fisiatrica), eseguiti presso le medesime strutture, saranno rimborsati integralmente escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale o quota fissa per ricetta, o diritti similari che resteranno a carico del Socio e non graveranno sul massimale annuo di spesa. Per i ticket ortodontici si fa riferimento all'Art. 10.3.4 del presente Regolamento. Ente Mutuo, limitatamente alla sola forma di assistenza B, non rimborserà il costo dei ticket relativi a prestazioni sanitarie erogate in regime di: Day Hospital, Day Surgery, Ricoveri Ordinari, Macro-attività Ambulatoriale Complessa (MAC), BOCA, Chirurgia Ambulatoriale.

10.3.7) Ticket: *MAC, **BOCA e Chirurgia Ambulatoriale (tipo C)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, salvo le esclusioni previste dall'Art. 11, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse im-

posta di bollo e quota addizionale regionale o quota fissa per ricetta, o diritti similari che resteranno a carico del Socio, purché la prestazione effettuata sia ben individuabile nel documento di spesa e sia allegata la fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal Servizio Sanitario Regionale riportante la diagnosi e, se presente, referto esame istologico. In caso di esenzione dal ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto.

*Macro-attività ambulatoriale complessa,

**Macro-attività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale.

ART. 11 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

L'assistenza è espressamente esclusa nei seguenti casi:

001. Prestazioni sanitarie di tipo sperimentale (protocolli di studio o terapie di qualsiasi tipo e, non ultimo, terapie non ancora approvate da AIFA).

002. Infertilità e patologie ad essa correlate.

003. Prestazioni sanitarie effettuate da medici, chirurghi od odontoiatri non abilitati all'esercizio dell'attività professionale o da altro personale sanitario non in regola con le disposizioni legislative vigenti.

004. Acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.

005. Movimenti tellurici, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

006. Incidenti dovuti a radiazioni provocate artificialmente da particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

007. Malattie mentali (salvo casi clinici che necessitano di intervento chirurgico).

008. Malattie, cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni e patologie preesistenti di cui si sia a conoscenza o meno all'atto dell'iscrizione o al momento della variazione di forma di assistenza anche in assenza di sintomatologia; in merito alle patologie preesistenti, anche in assenza di sintomatologia, si specifica che sono escluse dall'assistenza tutte le prestazioni di intervento e/o di ricovero per i primi due anni successivi all'iscrizione, nonché al cambio di forma; in questo ultimo caso la prestazione verrà trattata come previsto dalla forma di assistenza precedente.

009. Malattie sessualmente trasmissibili e patologie ad esse correlate.

010. Protesi d'anca o di ginocchio salvo che siano decorsi 5 anni dalla data di iscrizione o dal cambio di forma dalla B a una superiore.

011. Forme croniche e recidivanti e patologie ad esse correlate, tranne che per patologie neoplastiche.

012. Forme congenite.

013. Reinterventi chirurgici e patologie ad essi correlate.

014. Interventi chirurgici di qualsiasi tipo che vengono eseguiti per finalità profilattiche.

015. Prestazioni chirurgiche ripetute (ambulatoriali, day hospital, day surgery o ricovero) per la medesima patologia, non si riconoscono più di due rimborsi successivi.

016. Il reimpianto/sostituzione di qualsivoglia tipo di protesi, è riconosciuto dal 5° (quinto) anno, successivo al precedente impianto.

017. La revisione chirurgica di protesi ortopedica di qualsiasi tipo è riconosciuta dopo almeno due anni dal primo intervento.

018. Tutte le conseguenze delle patologie che sono derivate da abuso di alcool o di psicofarmaci o da un uso non terapeutico di stupefacenti e patologie ad esse correlate.

019. Tutti gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano un movente politico sociale a cui il Socio ha preso parte volontariamente.

020. Tutti gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Associato.

021. Ricoveri presso strutture geriatriche, ricoveri lungo degenza.

022. Ricoveri per cure convalescenziari, per patologie terminali e/o per cure palliative e terapie di supporto.

023. Ricoveri per cure riabilitative: eccezion fatta per la riabilitazione cardiaca dopo interventi cardiologici a torace aperto e la riabilitazione dopo intervento di protesi totale d'anca e protesi totale di ginocchio (è riconosciuto un contributo economico giornaliero come previsto dall'Artt. 10.2.2 e 10.2.3 solo per le forme C, D e Dplus).

024. Ricoveri per riabilitazione alimentare riferita anche a obesità compresi gli interventi chirurgici (qualsiasi metodica).

025. Ricoveri per accertamenti diagnostici in qualsiasi regime.

026. Ricoveri contrassegnati da infezioni ospedaliere.

027. Ricoveri per interventi di odontoiatria.

028. Tutte le applicazioni di carattere estetico e chirurgico/dermatologico salvo le neoformazioni benigne cutanee e non, di seguito descritte per cui è previsto il rimborso indiretto: fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti (vedi Artt. 10.2.2 e 10.2.3 "Chirurgia dermatologica - rimborso indiretto").

029. Interventi chirurgici addominali che vengono eseguiti per finalità estetiche: addominoplastica, laparocele, ernia ombelicale, etc...

030. Intervento di ernia discale salvo che siano decorsi 2 anni dall'iscrizione o dal cambio di forma dalla B a una superiore.

031. Interventi di correzione di cicatrici di qualsiasi tipo.

032. Accertamenti e prestazioni di genetica e biologia molecolare non sono rimborsati, sia in regime di ricovero che ambulatoriale.

033. Acquisto di farmaci.
034. Assistenza infermieristica e ostetrica.
035. Visite specialistiche per idoneità ad attività sportive o di tipo medico legale o per ottenimento licenze (caccia, pesca, porto d'armi, rinnovo patente, etc...) e per certificati ad uso assicurativo e/o medico legali.
036. Infortuni sul lavoro.
037. Visite e trattamenti/sedute di consulenza psicologica.
038. Patologie e ricoveri connessi e/o dipendenti da epidemie e pandemie di ogni genere e forma.
039. Degenza in Pronto Soccorso.
040. Intervento di cataratta, asportazione del cristallino e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica), salvo che siano decorsi due anni dall'iscrizione o dal cambio di forma dalla **B** a una superiore.
041. Tutto quanto non espressamente indicato negli Allegati 5-6-7-9-10.

ART. 12 - ULTERIORI RIMBORSI AMMISSIBILI

In casi eccezionali, le prestazioni sanitarie non indicate negli articoli precedenti potranno essere rimborsate da Ente Mutuo. il rimborso di cui sopra è deciso dal Vicepresidente Delegato, in forza della delega conferita dal Consiglio di Amministrazione, nel rispetto del principio di mutualità che informa l'operato di Ente Mutuo.

ART. 13 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO B

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:
10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
10.2.1) Partecipazione alla spesa per ricoveri ordinari o day hospital o day surgery;
10.3.1) Contributo di natalità;
10.3.2) Trasporto con autoambulanza;
10.3.3) Lenti correttive della vista;
10.3.4) Cure ortodontiche;
10.3.6) Ticket.

ART. 14 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO C

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:
10.2.2) Ricoveri ospedalieri;
10.2.4) Interventi di chirurgia ambulatoriale;
10.2.7) Terapia medica oncologica;
10.3.7) Ticket: MAC, BOCA e chirurgia ambulatoriale.

ART. 15 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO D

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:
10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
10.2.2) Ricoveri ospedalieri;
10.2.4) Interventi di chirurgia ambulatoriale;
10.2.6) Interventi per vizi di rifrazione;
10.2.7) Terapia medica oncologica;
10.3.2) Trasporto con autoambulanza;
10.3.3) Lenti correttive della vista;
10.3.4) Cure ortodontiche;
10.3.5) Ticket.

ART. 16 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO D*plus*

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:
10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
10.2.3) Ricoveri ospedalieri;
10.2.5) Interventi di chirurgia ambulatoriale;

10.2.6) Interventi per vizi di rifrazione;
10.2.7) Terapia medica oncologica;
10.3.2) Trasporto con autoambulanza;
10.3.3) Lenti correttive della vista;
10.3.4) Cure ortodontiche;
10.3.5) Check-up;
10.3.6) Ticket.

ART. 17 - DISPOSIZIONI FINALI

I documenti riguardanti le prestazioni sanitarie ottenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione italiana per singola voce eseguita da professionista accreditato. È facoltà di Ente Mutuo subordinare il rimborso alla presentazione da parte dell'assistito, che provvede a proprie spese, della traduzione asseverata del documento presentato. In caso di importi in valuta straniera è necessario indicare anche il valore in euro, secondo il tasso di cambio della valuta alla data di pagamento della fattura. Le richieste di rimborso delle spese sostenute dagli assistiti e le richieste di indennità economica, corredate dalle relative documentazioni, debbono in ogni caso essere inoltrate a Ente Mutuo entro il termine di 120 (centoventi) giorni dalla data della fattura di saldo della prestazione o dal termine del ciclo di cura, o dalla data di dimissione se trattasi di ricovero ad esclusione delle prestazioni effettuate nell'ultimo trimestre dell'anno che dovranno essere presentate inderogabilmente entro il mese di gennaio dell'anno successivo, pena la decadenza del diritto al rimborso.
Per i documenti pervenuti come da prospetto:

Date Consegna	Date Liquidazione
Dal 16 Dicembre al 15 Febbraio	**10 Marzo***
Dal 16 Febbraio al 15 Aprile	**10 Maggio***
Dal 16 Aprile al 15 Giugno	**10 Luglio***
Dal 16 Giugno al 15 Agosto	**30 Settembre***
Dal 16 Agosto al 15 Ottobre	**10 Novembre ***
Dal 16 Ottobre al 15 Dicembre	**31 Gennaio***

*Qualora le date indicate coincidano con un giorno festivo, il rimborso sarà posticipato al primo giorno lavorativo successivo

Il rimborso viene effettuato da parte di Ente Mutuo entro il giorno 10 dei mesi di marzo - maggio - luglio - novembre e la fine dei mesi di gennaio e settembre; per i documenti pervenuti entro il giorno 15 del mese precedente alla liquidazione, salvo impedimenti di carattere eccezionale. Il rimborso è effettuato da parte di Ente Mutuo agli assistiti esclusivamente tramite bonifico bancario; non sono previste altre forme di pagamento. In ogni caso di assistenza per infortunio, Ente Mutuo ha diritto all'azione di rivalsa verso terzi responsabili. Al Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo è riservata la facoltà di stabilire di anno in anno l'ammontare dei rimborsi riconosciuti da Ente Mutuo nelle varie forme e di modificare il presente Regolamento nelle parti relative al valore dei rimborsi, nonché alla normativa la cui pratica applicazione ne facesse insorgere la necessità, portando a conoscenza degli iscritti le decisioni assunte, tramite la pubblicazione sul sito di Ente Mutuo www.entemutuomilano.it. Qualora l'associato abbia contratto una polizza assicurativa idonea a coprire, anche parzialmente, i costi dell'evento sanitario cui si sottopone, Ente Mutuo non sarà obbligato al rimborso delle spese mediche coperte dall'assicurazione in essere. Ente Mutuo rimborserà, previo esame della documentazione fornita dall'associato e nei limiti del Nomenclatore tariffario vigente, la differenza tra il costo delle prestazioni sanitarie di cui abbia fruito l'assistito e gli importi oggetto di liquidazione da parte della compagnia di assicurazione, fino a quanto previsto dalla forma di assistenza dell'associato. L'associato, pertanto al momento della presentazione della domanda di rimborso è tenuto a comunicare a Ente Mutuo eventuali rimborsi già erogati da coperture assicurative in essere e relative all'evento sanitario di cui si richiede il rimborso.

Copia dello Statuto, del Regolamento Attuativo e del presente Regolamento con i relativi allegati è a disposizione di tutti gli Assistiti presso la Sede di Ente Mutuo.

Il Regolamento è consultabile e scaricabile dal sito **www.entemutuomilano.it**.

ENTE MUTUO

REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo

Allegati da 1 a 10 al Regolamento
in vigore dal 1° Gennaio 2027

ENTE MUTUO REGIONALE ASSISTENZA SANITARIA

Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Altri Contributi.

☐ Ente Mutuo ☐ Associazioni Territoriali ☐ Associazioni di Categoria ☐ Posta ☐ CDI ☐ S. Camillo

N° tessera	Cognome e Nome del titolare della tessera	Data presentazione documentazione

ELENCO DEI DOCUMENTI DI SPESA

n° pr.	cognome e nome assistito	fatt. n°	data	ragione sociale	Importo
01					
Documentazione allegata					
n° pr.	cognome e nome assistito	fatt. n°	data	ragione sociale	Importo
02					
Documentazione allegata					
n° pr.	cognome e nome assistito	fatt. n°	data	ragione sociale	Importo
03					
Documentazione allegata					
n° pr.	cognome e nome assistito	fatt. n°	data	ragione sociale	Importo
04					
Documentazione allegata					
n° pr.	cognome e nome assistito	fatt. n°	data	ragione sociale	importo
05					
Documentazione allegata					
				TOTALE	

ALTRA DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA

n° pr.	cognome e nome assistito
01	
02	
03	

Atto Notorio ☐ **Modello infortunio** ☐ **Traduzione** ☐

_____

Timbro e firma dell'incaricato al ritiro della documentazione

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto _____ consapevole e cosciente delle conseguenze in caso di dichiarazioni false e mendaci (Art. 75, DPR n. 445/2000), ed in particolare delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (Art. 76, comma 4, DPR n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità che tutta la documentazione presentata ed allegata ai fini del rimborso previsto dal regolamento e dal tariffario nomenclatore di Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS per le prestazioni medico sanitarie usufruite, corrisponde e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali e non risulta in alcun modo artefatta o modificata rispetto al documento generato dal soggetto emettente. Il sottoscritto dichiara altresì che per le medesime prestazioni non ha ottenuto rimborsi, totali o parziali da altri istituti e/o forme assicurative o mutualistiche, o che avendoli conseguiti redigerà separata nota da allegare alla presente specificando in dettaglio tipologie del rimborso richiesto e/o ottenuto.

Il sottoscritto dichiara inoltre che tutta la documentazione prodotta riguarda esclusivamente prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo in favore del medesimo. Prende altresì atto che i documenti inviati non saranno in alcun caso restituiti o messi altrimenti a disposizione.

Il sottoscritto conferma altresì di essere ben a conoscenza che Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS, non svolge attività di consulenza fiscale e che quindi il medesimo resta l'unico responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di eventuali agevolazioni e sgravi fiscali alla Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86). Dichiara infine di accettare che Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS possa in qualsiasi momento ed a proprio insindacabile giudizio richiedere la presentazione della documentazione originale, che si impegna a restituire dopo i dovuti controlli, con facoltà di sospensione della pratica in caso di rifiuto ad adempiere.

_____

Firma del titolare della tessera o del delegato

Per coloro che non hanno comunicato le coordinate bancarie/postali con il codice IBAN, i rimborsi saranno liquidati, in un'unica soluzione, tramite assegno circolare (emesso entro il 15 marzo dell'anno successivo). Il titolare della tessera (o incaricato munito di delega e documento d'identità) dovrà ritirare tale assegno presso la sede dell'Ente Mutuo.

Note per la corretta presentazione della richiesta di rimborso

- Modulo da presentare in duplice copia e da compilare in stampatello.
- Le domande di rimborso devono essere necessariamente corredate di prescrizione medica e diagnosi.
- E' necessario che la documentazione di spesa sia regolarmente quietanzata.
- Per coloro che consegnassero le fatture in originale:
  - Ente Mutuo non fornisce fotocopie e non restituisce i documenti originali, salvo che non vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione Finanziaria.
  - Si consiglia l'assistito di conservare una copia della documentazione presentata a Ente Mutuo.

ENTE MUTUO REGIONALE ASSISTENZA SANITARIA

Richiesta di autorizzazione per visita specialistica in assenza di prescrizione medica.

Il sottoscritto _____

Tessera di iscrizione Ente Mutuo n° _____

☐ chiede l'autorizzazione (**Assistenza Diretta**) per effettuare la seguente visita specialistica presso una struttura sanitaria convenzionata

(**barrare <u>un solo tipo</u> di visita specialistica <u>per ogni modulo</u>**):

- Elenco valido per Assistenza Specialistica Ambulatoriale ***Diretta***.

☐ Allergologica
☐ Anestesiologica
☐ Andrologica
☐ Angiologica
☐ Cardiologica
  ☐ ECG
☐ Chirurgica
☐ Dermatologica
☐ Diabetologica
☐ Dietologica
☐ Ematologica
☐ Endocrinologica
☐ Epatologica
☐ Fisiatrica
☐ Gastroenterologica
☐ Geriatrica
☐ Ginecologica
  ☐ Pap Test
☐ Infettivologica
☐ Internistica
☐ Nefrologica
☐ Neurochirurgica
☐ Neurologica
☐ Oculistica
☐ Odontostomatologica
☐ Oncologica
☐ Ortopedica
☐ Ostetrica
☐ Otorinolaringoiatrica
☐ Pediatrica
☐ Pneumologica
☐ Reumatologica
☐ Senologica
☐ Urologica

☐ **** Visita di Controllo***

**** Visita di Controllo***, dove prevista, si intende una visita effettuata ***<u>entro 40 giorni</u>*** dalla precedente visita specialistica della stessa branca ed effettuata presso la stessa struttura e con lo stesso medico.

_____/_____/_____
Data

_____
Firma del titolare della tessera o del delegato

<u>Attenzione</u>: il presente modulo deve restare allegato all'autorizzazione emessa da Ente Mutuo.

ENTE MUTUO REGIONALE ASSISTENZA SANITARIA

Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per Assistenza Ospedaliera.

☐ Ente Mutuo ☐ Associazioni Territoriali ☐ Associazioni di Categoria ☐ Posta ☐ CDI ☐ S. Camillo

N° tessera	Cognome e Nome del titolare della tessera	Data presentazione documentazione

Assistenza fruita da Cognome e Nome:
presso la struttura sanitaria:
dal giorno al giorno

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA CONSEGNATA PER ASSISTENZA OSPEDALIERA INDIRETTA

	DOCUMENTO DI SPESA			
n° pr.	fatt. n°	data	importo	ragione sociale
01				
02				
03				
04				
05				
TOTALE				

ALTRA DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA PER ASSISTENZA OSPEDALIERA INDIRETTA

n° di cartelle cliniche	**note**
n° di certificati	**note**

n° pr.	**Descrizione**
01	
02	
03	

Atto Notorio **Modello infortunio** **Traduzione**

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che ogni documento allegato alla presente richiesta di rimborso è l'unico documento di spesa relativo alla prestazione, rilasciato dalla struttura sanitaria erogante.

Firma del titolare della tessera o del delegato

Timbro e firma dell'incaricato al ritiro della documentazione

Per consentire a Ente Mutuo di liquidare ai propri iscritti i rimborsi di spettanza ***è necessario comunicare al più presto*** il codice IBAN rilevabile dall'estratto conto bancario/postale.

N° Tessera _____

COORDINATE BANCARIE/POSTALI

(Per bonifico su C/C dei rimborsi di Assistenza Ospedaliera, Ambulatoriale e Altri Contributi)

/___/___/___

Per coloro che non hanno comunicato le coordinate bancarie/postali con il codice IBAN, i rimborsi saranno liquidati, in un'unica soluzione, tramite assegno circolare (emesso entro il 15 marzo dell'anno successivo). Il titolare della tessera (o incaricato munito di delega e documento d'identità) dovrà ritirare tale assegno presso la sede dell'Ente Mutuo.

Note per la corretta presentazione della richiesta di rimborso

- Sono escluse dal rimborso tutte le spese non supportate da documenti in originale, qualunque sia il motivo che non ne consenta la presentazione.
- È necessario che la documentazione di spesa sia regolarmente quietanzata.
- Utilizzare un modulo per ogni evento, da presentare in duplice copia e da compilare in **stampatello**.
- Si consiglia l'assistito di conservare una copia della documentazione presentata a Ente Mutuo.

IMPORTI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

(DELIBERA CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE)

in vigore dal 1° gennaio 2027

MASSIMALI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Forma tipo B D Dplus

Riferimento regolamento: Art. 10.1.4

I massimali di spesa oltre i quali viene applicata la quota di partecipazione sono così fissati:

ANNI	MASSIMALI
Da 0 a 49 anni	€ 435,00
Da 50 a 59 anni	€ 485,00
Da 60 anni ed oltre	€ 511,00

Tali importi sono cumulabili per nucleo familiare, per cui la partecipazione si applica oltre l'importo complessivo. Nel caso in cui, non venga utilizzato completamente il massimale di spesa, sarà riconosciuta, nell'anno successivo, una quota pari al 50% dell'importo non usufruito.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - TARIFFE MASSIME PER VISITA IN MODALITÀ DIRETTAASSISTENZA AMBULATORIALE

Forma tipo B D Dplus

Riferimento Regolamento: Art. 10.1.1

I massimali di seguito indicati si applicano a ciascuna visita specialistica di cui all'Art. 10.1.1 fruita in modalità diretta presso strutture sanitarie convenzionate, per tutte le forme di assistenza che prevedono tale prestazione (Tipo B, D, Dplus).

Tariffa standard. Per le visite specialistiche erogate presso strutture sanitarie convenzionate di carattere generale o polispecialistico, il valore massimo imputabile a carico di Ente Mutuo per singola visita è pari a € 85,00.

Tariffa per centri monospecialistici di eccellenza. Per le visite specialistiche erogate presso strutture convenzionate dedicate esclusivamente a una singola branca specialistica (quali, a titolo esemplificativo, centri di oncologia, cardiologia, neurologia, ecc..), il valore massimo imputabile a carico di Ente Mutuo per singola visita è elevato a € 150,00. La qualificazione di un centro come monospecialistico di eccellenza ai fini della presente disposizione è valutata insindacabilmente da Ente Mutuo sulla base della documentazione disponibile al momento dell'autorizzazione.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Forma tipo B

Riferimento Regolamento: Art. 10.2.1

Partecipazione alla spesa per Ricovero ordinario o Day Hospital o Day Surgery presso strutture sanitarie private o reparti solventi di strutture sanitarie pubbliche.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia libera delle fatture quietanzate;
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Rimborso per assistito: € 80,00 giornaliere fino ad un massimo di 30 giorni.

N.B.: In caso di ricovero per parto, in forma privata, la partecipazione alla spesa è in alternativa al Contributo di Natalità (viene rimborsato il maggior importo).

Forma tipo C D

Riferimento Regolamento: Art. 10.2.2

a) Passaggio di classe (differenza alberghiera) in caso di Ricovero Ordinario o Day Hospital o Day Surgery presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curanteca;
- copia libera delle fatture quietanzate;

b) Indennità Economica in caso di Ricovero Ordinario o Day Hospital o Day Surgery presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

c) Contributo Economico limitato in caso di ricovero per riabilitazione (con oneri a carico del SSN o a carico dall'assistito in caso di ricovero presso strutture sanitarie private) a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- eventuali copie libere delle fatture quietanzate (in caso di ricovero presso strutture sanitarie private);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

d) Partecipazione alla spesa in caso di chirurgia dermatologica, escluse tutte le applicazioni di carattere estetico.

Documentazione da presentare:

- Modulo di richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante o, in assenza di questa, descrizione dell'intervento;
- copia libera delle fatture quietanzate.

Rimborso per assistito: per i punti a) e b) è di € 160,00 per ogni giornata di degenza, per il punto c) è di € 160,00 fino a un massimo di 10 giorni di degenza, per il punto d) fino a un massimo di € 160,00 con un massimale annuo cumulativo per i punti a), b). c) e d) di € 4.800,00
Nel caso di presentazione di ticket, questo verrà rimborsato integralmente escluso imposta di bollo e quota addizionale regionale, o quota fissa per ricetta, o diritti similari, che resteranno a carico del socio.

Forma tipo Dplus

Riferimento Regolamento: Artt. 10.2 e 10.2.3

a) Passaggio di classe (differenza alberghiera) in caso di Ricovero Ordinario o Day Hospital o Day Surgery presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante;
- copia libera delle fatture quietanzate;

b) Indennità Economica in caso di Ricovero Ordinario o Day Hospital o Day Surgery presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

c) Contributo Economico limitato in caso di ricovero per riabilitazione (con oneri a carico del SSN o a carico dall'assistito in caso di ricovero presso strutture sanitarie private) a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio.

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- eventuali copie libere delle fatture quietanzate (in caso di ricovero presso strutture sanitarie private);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

d) Partecipazione alla spesa in caso di chirurgia dermatologica, escluse tutte le applicazioni di carattere estetico.

Documentazione da presentare:

- Modulo di richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante o, in assenza di questa, descrizione dell'intervento;
- copia libera delle fatture quietanzate.

Rimborso per assistito: per i punti a) e b) è di € 200,00 per ogni giornata di degenza, per il punto c) è di € 200,00 fino a un massimo di 10 giorni di degenza, per il punto d) fino a un massimo di € 200,00 con un massimale annuo cumulativo per i punti a), b). c) e d) di € 6.000,00
Nel caso di presentazione di ticket, questo verrà rimborsato integralmente escluso imposta di bollo e quota addizionale regionale, o quota fissa per ricetta, o diritti similari, che resteranno a carico del socio.

Assistenza indiretta:

Il rimborso massimo a "Pacchetto" per intervento di Artroprotesi anca è definito come segue:
PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE MONOLATERALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 18.000,00

PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE BILATERALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 27.000,00
I pacchettl comprendono: equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, materiali, utilizzo strumentazione operatoria, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia, Iva e tutto quanto inerente al ricovero e non espressamente citato.

PACCHETTO ARTROPROTESI: GINOCCHIO TOTALE MONOLATERALE(trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 14.500,00
I pacchettl comprendono: equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, materiali, utilizzo strumentazione operatoria, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia, Iva e tutto quanto inerente al ricovero e non espressamente citato.

PACCHETTO ARTROPROTESI: GINOCCHIO TOTALE BILATERALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 20.000,00
I pacchettl comprendono: equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, materiali, utilizzo strumentazione operatoria, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia, Iva e tutto quanto inerente al ricovero e non espressamente citato.

Ricovero per parto presso strutture sanitarie private o reparti solventi di strutture sanitarie pubbliche non convenzionate.
Documentazione da presentare:
- modulo richiesta rimborsi (Allegato 3);
- copia libera delle fatture quietanzate;
- copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Rimborso: Espletamento di parto naturale: fino ad un massimale di € 5.000,00.
Espletamento di parto con taglio cesareo: fino ad un massimale di € 12.000,00.

MASSIMALI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Forma tipo C D Dplus
Riferimento Regolamento: Art. 10.2.2 e Art. 10.2.3

Il massimale complessivo annuale per persona per l'assistenza ospedaliera (diretta e indiretta) è pari a € 155.000,00.

CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI

Contributo di natalità tipo B
Riferimento Regolamento: Art. 10.3.1

Documentazione da presentare:
- modulo richiesta rimborsi (Allegato 1);
- certificato di nascita o certificato ospedaliero di degenza.

Rimborso: € 180,00.
N.B.: il Contributo di Natalità non è cumulabile con eventuali spese di ricovero per parto (viene rimborsato il maggior importo) e viene erogato solo nel caso in cui almeno uno dei due genitori risulti iscritto a Ente Mutuo

Trasporto autoambulanza tipo B D Dplus
Riferimento Regolamento: Art. 10.3.2

Documentazione da presentare:
- modulo richiesta rimborsi (Allegato 1);
- certificato medico attestante la necessità del trasporto dell'assistito in autoambulanza da o verso struttura sanitaria;
- copia libera della fattura quietanzata o copia della ricevuta di pagamento.

Rimborso per assistito: € 50,00 a trasporto per un massimo di due volte nell'anno solare.

Lenti correttive della vista - occhiali e lenti a contatto - tipo B D Dplus
Riferimento Regolamento: Art. 10.3.3

Documentazione da presentare:
- modulo richiesta rimborsi (Allegato 1);
- prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista indicante il grado del difetto visivo e/o la diagnosi per cui sono state prescritte le lenti correttive della vista;
- copia libera della fattura quietanzata o copia dello scontrino parlante con la specifica, nel caso di occhiali, del costo delle lenti.

Rimborso: € 120,00 per ciascun iscritto come massimale ogni due anni solari.

Apparecchi ortodontici tipo B D Dplus

Riferimento Regolamento: Art. 10.3.4

Documentazione da presentare:

- modulo richiesta rimborsi (Allegato 1);
- certificato dell'odontoiatra attestante il tipo di malformazione ed il periodo di cura;
- copia libera delle fatture quietanzate.

Rimborso: € 240,00 per ogni anno solare per un massimo di due anni (fino a 16 anni di età).

NOMENCLATORE TARIFFARIO DEI RIMBORSI AI SOCI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN FORMA INDIRETTA

in vigore dal 1° gennaio 2027

PREMESSE:

Per quanto riguarda le visite specialistiche è necessario che la struttura sanitaria ove viene eseguita la prestazione ponga in evidenza la specialità (esempio visita cardiologica).
Per visita di controllo si intende una visita effettuata entro 40 giorni dalla precedente visita specialistica della stessa branca ed effettuata per la stessa diagnosi o lo stesso motivo anche da altro sanitario.

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	ALLERGOLOGIA	
89701	Visita allergologica	50,00
89011	Visita allergologica di controllo	25,00
9912	Immunizzazione per allergia (desensibilizzazione) ad iniezione con un massimo di 30	11,00
91905	Test epicutanei a lettura ritardata (patch test)	32,00
91906	Test percutanei e intracutanei a lettura immediata (prick test)	23,00
89701	Visita immunologica	50,00
89011	Visita immunologica di controllo	25,00
	ANGIOLOGIA	
89703	Visita angiologica	50,00
89013	Visita angiologica di controllo	25,00
93568	Bendaggio compressivo Gamba-Piede (Gambaletto)	25,00
93569	Bendaggio compressivo Coscia-Piede (Stivalone)	25,00
	CARDIOLOGIA	
89704	Visita cardiologica	50,00
89014	Visita cardiologica di controllo	25,00
8959	Controllo pacemaker	30,00
8952	Elettrocardiogramma (ECG)	15,00
8950	Elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (Holter)	87,00
89611	Monitoraggio continuo [24 ore] della pressione arteriosa	72,00
88721	Ecografia cardiaca (ecocardiografia mono e bidimensionale)	72,00
88723	Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	75,00
88727	Eco(color)dopplergrafia cardiaca con stress farmacologico o con test da sforzo	125,00
88724	Eco(color)dopplergrafia cardiaca transesofagea (ecocardiografia transesofagea)	84,00
88725	Ecocardiogramma fetale	46,00
8941	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o con cicloergometro	74,00
	CHIRURGIA	
89705	Visita chirurgica	50,00
89015	Visita chirurgica di controllo	25,00
96591	Medicazione avanzata semplice (est.10x10cm)	17,00
96592	Medicazione avanzata complessa (est.>25cm)	22,00
96593	Medicazione avanzata complessa (25-80cm)	22,00
89705	Visita anestesiologica	50,00
89015	Visita anestesiologica di controllo	25,00
89727	Visita senologica	50,00
89037	Visita senologica di controllo	25,00
89715	Visita malattie infettive	50,00
89025	Visita malattie infettive di controllo	25,00
89705	Visita proctologica	50,00
89015	Visita proctologica di controllo	25,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	CHIRURGIA DERMATOLOGICA	
8604	Trattamento, qualsiasi tecnica, di alterazioni cutanee benigne (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) prima seduta	75,00
8604	Trattamento, qualsiasi tecnica, di alterazioni cutanee benigne (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) seconda seduta	45,00
	DERMATOLOGIA	
89706	Visita dermatologica	50,00
89016	Visita dermatologica di controllo	25,00
	DIABETOLOGIA	
89707	Visita diabetologica	50,00
89017	Visita diabetologica di controllo	25,00
	DOPPLER	
88713	Color doppler transcranico	69,00
88735	Eco(color)doppler dei tronchi sovra aortici, a riposo	89,00
88745	Eco(color)doppler dei reni e dei surreni	46,00
88752	Eco(color)doppler dell'addome inferiore vescica e pelvi	56,00
88772	Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale arteriosa o venosa	61,00
88774	Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale arteriosa e venosa	79,00
88772	Eco(color)dopplergrafia testicolare	61,00
88772	Eco(color)dopplergrafia aorta addominale	61,00
88772	Eco(color)doppler penieno	61,00
88772	Ecocolordoppler tiroideo	61,00
	ECOGRAFIA	
88771	Ecografia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa	46,00
88731	Ecografia della mammella bilaterale	53,00
88732	Ecografia della mammella monolaterale	40,00
88761	Ecografia addome completo	84,00
88741	Ecografia dell'addome superiore (incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo)	72,00
88751	Ecografia dell'addome inferiore (incluso: ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile)	57,00
88761	Ecografia anse intestinali	65,00
88762	Ecografia di grossi vasi addominali (aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali)	58,00
8878	Ecografia ostetrica	46,00
88782	Ecografia ginecologica	44,00
88791	Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo	42,00
88711	Ecografia transfontanellare (ecoencefalografia)	44,00
88792	Ecografia osteoarticolare (ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca)	44,00
88793	Ecografia muscolotendinea	44,00
88797	Ecografia transvaginale	51,00
88798	Ecografia transrettale	56,00
88795	Ecografia del pene	44,00
88796	Ecografia dei testicoli	44,00
88714	Diagnostica ecografica del capo del collo, ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	42,00
	EMATOLOGIA	
89786	Visita ematologica	50,00
89039	Visita ematologica di controllo	25,00
	ENDOCRINOLOGIA	
89708	Visita endocrinologica	50,00
89018	Visita endocrinologica di controllo	25,00
	EPATOLOGIA	
89709	Visita epatologica	50,00
89019	Visita epatologica di controllo	25,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	FISIATRIA	
89711	Visita fisiatrica	50,00
89021	Visita fisiatrica di controllo	25,00
9992	Agopuntura manu medica (solo antalgica - massimo 10 sedute per anno solare)	25,00
897A	Visita medica per agopuntura (massimo 2 visite per anno solare)	25,00
93397	Elettrostimolazione (faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	5,50
93395	Elettroterapia antalgica (diadinamica, tens)	5,50
99991	Laserterapia antalgica	10,00
93398	Magnetoterapia	7,00
9927	Ionoforesi	4,50
93399	Ultrasuoni a contatto	5,50
93399	Ultrasuoni ad immersione	5,50
93352	Irradiazione infrarossa	5,50
93341	Diatermia a onde corte-microonde (marconi e radar terapia)	4,50
93344	Tecarterapia	25,00
98591	Terapia ad onde d'urto focalizzate per patologie muscolo-scheletriche	40,00
93392	Drenaggio linfatico manuale (solo post-chirurgico)	18,00
93391	Massoterapia segmentaria (per qualunque segmento)	14,00
93111	Chinesiterapia	18,00
93111	Riabilitazione post-operatoria	18,00
93111	Riabilitazione post-traumatica	18,00
93311	Idrochinesiterapia	10,00
93331	Ginnastica vascolare in acqua	10,00
93111	Ginnastica propriocettiva e posturale	18,00
93111	Rieducazione neuromotoria	18,00
93111	Riabilitazione cardiologica	18,00
93111	Ginnastica respiratoria	18,00
93111	Riabilitazione del pavimento pelvico	18,00
93111	Trattamento osteopatico (massimo 3 sedute per anno solare)	25,00
9315	Manipolazioni vertebrali	18,00
93431	Trazioni vertebrali cervicali	9,00
93431	Trazioni vertebrali lombosacrali	9,00
93431	Trazioni vertebrali meccaniche	9,00
	GASTROENTEROLOGIA	
89712	Visita gastroenterologica	50,00
89022	Visita gastroenterologica di controllo	25,00
4516	Esofagogastroduodenoscopia diagnostica [EGD] (compresa eventuale biopsia e test per H.P.)	117,00
45233	Colonscopia ed ileoscopia retrograda diagnostica (compresa eventuale biopsia)	171,00
4523	Colonscopia diagnostica con endoscopio flessibile (compresa eventuale biopsia)	150,00
4823	Proctorettosigmoidoscopia diagnostica con endoscopio rigido (compresa eventuale biopsia)	90,00
4921	Anoscopia diagnostica (compresa eventuale biopsia)	30,00
	GERIATRIA	
89713	Visita geriatrica	50,00
89023	Visita geriatrica di controllo	25,00
	LABORATORIO ANALISI	
90683	IgE totali	12,00
90682	IgE specifiche allergologiche: screening multiallergenico qualitativo	20,00
	MEDICINA INTERNA	
89714	Visita generica	25,00
89020	Visita generica di controllo	21,00
89715	Visita internistica	50,00
89025	Visita internistica di controllo	25,00
89010	Visita di sorveglianza per terapia anticoagulante (visita di controllo)	19,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	NEUROLOGIA	
8913	Visita neurologica	50,00
89026	Visita neurologica di controllo	25,00
8914	Elettroencefalogramma (EEG) standard o con sensibilizzazione	24,00
89143	Elettroencefalogramma dinamico 24 ore	28,00
89158	Potenziali evocati uditivi, per ricerca di soglia	54,00
89153	Potenziali evocati motori, arto superiore o inferiore, incluso: EEG	25,00
89150	Potenziali evocati somato-sensoriali per nervo o dermatomero, incluso EEG.	25,00
93081	Elettromiografia (EMG) per muscolo	20,00
93091	Elettroneurografia (ENG) velocità di conduzione nervosa motoria per nervo	20,00
93092	Elettroneurografia (ENG) velocità di conduzione nervosa sensitiva per nervo	20,00
94191	Visita psichiatrica (massimo una visita a semestre)	50,00
94121	Visita psichiatrica di controllo (massimo una visita a semestre)	25,00
8913	Visita neurochirurgica	50,00
89026	Visita neurochirurgica di controllo	25,00
	NEFROLOGIA	
89717	Visita nefrologica	50,00
89027	Visita nefrologica di controllo	25,00
	OCULISTICA	
9502	Visita oculistica completa di fundus oculi, prescrizione lenti e tonometria	50,00
89028	Visita oculistica di controllo	25,00
1091	Iniezioni sottocongiuntivali	17,00
9535	Esercizi ortottici (per seduta)	16,00
9512	Fluorangiografia (angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare)	86,00
9526	Tonografia, test di provocazione ed altri test per il glaucoma	9,00
9521	Elettroretinografia (ERG)	50,00
9513	Ecografia oculare (ecobiometria)	20,00
9523	Potenziali evocati visivi (VEP)	45,00
95051	Campimetria (studio del campo visivo) computerizzata	54,00
89119	Curva tonometrica o Biometria (almeno 3 misurazioni)	27,00
9512	OCT - Tomografia a coerenza ottica (massimo 4 per anno solare)	86,00
	ONCOLOGIA	
89719	Visita oncologica	50,00
89029	Visita oncologica di controllo	25,00
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
89721	Visita ortopedica	50,00
89031	Visita ortopedica di controllo	25,00
9788	Rimozione di apparecchio gessato (gypsotomia)	20,00
8192	Infiltrazioni endoarticolari o periarticolari (massimo 5 per anno solare)	25,00
9354	Apparecchi gessati/steccature	50,00
	OSTETRICIA - GINECOLOGIA	
89262	Visita ginecologica	50,00
89024	Visita ginecologica di controllo	25,00
7021	Colposcopia ed eventuale prelievo del materiale per esame colpocitologico	32,00
91467	Raschiamento endometriale (prelievo endouterino con dilatazione del collo)	23,00
697	Inserzione di dispositivo contraccettivo intrauterino (IUD)	27,00
91445	Biopsia endometriale (VABRA)	45,00
91386	Esame citologico cervico vaginale (pap test) (comprensivo di prelievo ed esame citologico)	16,00
91487	Prelievo per esame citologico cervico vaginale (pap test)	5,00
91385	Esame citologico cervico-vaginale (pap test)	13,00
89263	Visita ostetrica	50,00
89032	Visita ostetrica di controllo	25,00
68121	Isteroscopia Diagnostica	90,00
887801	Bi-Test esame di laboratorio + esame ecografico traslucenza (una prestazione per anno solare fra forma diretta ed indiretta)	100,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	OTORINOLARINGOIATRIA	
89723	Visita otorinolaringoiatrica	50,00
89033	Visita otorinolaringoiatrica di controllo	25,00
9652	Irrigazione dell'orecchio con rimozione di cerume	8,00
2101	Tamponamento nasale anteriore per controllo di epistassi	15,00
2102	Tamponamento nasale posteriore e anteriore per controllo di epistassi	23,00
31421	Laringoscopia indiretta inclusa l'anestesia locale	7,00
3142	Laringoscopia e altra Tracheoscopia, laringoscopia a fibre ottiche	32,00
31424	Rinoscopia a fibre ottiche diagnostica (compresa eventuale biopsia)	20,00
95411	Esame audiometrico tonale	15,00
95412	Esame audiometrico vocale	15,00
95443	Esame vestibolare	31,00
95444	Esame funzionale completo dell'orecchio (audiometrico+vestibolare)	40,00
9542	Esame impedenziometrico (impedenziometria)	42,00
89151	Potenziali evocati acustici	34,00
	PEDIATRIA	
89724	Visita pediatrica	50,00
89034	Visita pediatrica di controllo	25,00
	PNEUMOLOGIA	
89725	Visita pneumologica	50,00
89035	Visita pneumologica di controllo	25,00
89371	Spirometria semplice (esame spirometrico di base)	24,00
89374	Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco (test di broncodilatazione farmacologica)	31,00
93991	Instillazioni bronchiali (broncoinstillazioni) per seduta	8,00
	RADIOLOGIA	
87441	Radiografia del torace di routine (standard)	17,00
87371	Mammografia bilaterale (2 proiezioni)	44,00
87372	Mammografia monolaterale (2 proiezioni)	32,00
8722	Radiografia della colonna cervicale (2 proiezioni), esame morfodinamico della colonna cervicale	20,00
8723	Radiografia della colonna toracica (dorsale) (2 proiezioni), esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	20,00
8724	Radiografia della colonna lombosacrale (2 proiezioni), radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	20,00
87431	Radiografia bilaterale di coste, clavicola (3 proiezioni), scheletro-toracico costale, clavicolare bilaterale	21,60
87432	Radiografia monolaterale di coste, sterno, clavicola (2 proiezioni), scheletro-toracico sternale, scheletro-toracico costale, clavicolare monolaterale	16,00
8821	Radiografia di Spalla, braccio, toraco-brachiale (2 proiezioni)	20,00
8822	Radiografia di Gomito, avambraccio (2 proiezioni)	18,40
8823	Radiografia di polso, mano (2 proiezioni)	16,00
8826	Radiografia di bacino, anca	16,80
8827	Radiografia di femore, ginocchio, gamba (2 proiezioni)	20,00
8828	Radiografia di caviglia, piede (2 proiezioni)	17,60
88292	Radiografia assiale della rotula (3 proiezioni)	20,00
	REUMATOLOGIA	
89726	Visita reumatologica	50,00
89036	Visita reumatologica di controllo	25,00
	UROLOGIA - ANDROLOGIA	
89728	Visita urologica	50,00
89038	Visita urologica di controllo	25,00
5794	Cateterismo vescicale	18,00
58602	Dilatazioni uretrali progressive per seduta	21,00
8924	Uroflussometria	31,00
57392	Esame urodinamico invasivo	95,00
5733	Cistoscopia transuretrale diagnostica (compresa eventuale biopsia)	117,00
5822	Uretroscopia (compresa eventuale biopsia)	30,00
89261	Visita andrologica	50,00
89012	Visita andrologica di controllo	25,00

NOTE

ENTE MUTUO REGIONALE ASSISTENZA SANITARIA

Data	N° tessera
Nome e Cognome del paziente	

Scheda Riepilogativa delle Prestazioni di Fisioterapia

(Modulo da compilare a cura del Medico/Struttura Sanitaria)

Descrizione prestazione	**Q.tà**
Visita fisiatrica	
Agopuntura manu medica (solo antalgica)	
Visita medica per agopuntura	
Elettrostimolazione (faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	
Elettroterapia antalgica (diadinamica, tens)	
Laserterapia antalgica	
Magnetoterapia	
Ionoforesi	
Ultrasuoni a contatto	
Ultrasuoni ad immersione	
Irradiazione infrarossa	
Diatermia a onde corte-microonde (marconi e radar terapia)	
Tecarterapia	
Terapia ad onde d'urto focalizzate per patologie muscolo-scheletriche	
Drenaggio linfatico manuale (solo post-chirurgico)	
Massoterapia segmentaria (per qualunque segmento)	
Chinesiterapia	
Riabilitazione post-operatoria	

Descrizione prestazione	Q.tà
Riabilitazione post-traumatica	
Idrochinesiterapia	
Ginnastica vascolare in acqua	
Ginnastica propriocettiva e posturale	
Rieducazione neuromotoria	
Riabilitazione cardiologica	
Ginnastica respiratoria	
Riabilitazione del pavimento pelvico	
Trattamento osteopatico	
Manipolazioni vertebrali	
Trazioni vertebrali cervicali	
Trazioni vertebrali lombosacrali	
Trazioni vertebrali meccaniche	

Medico/Struttura Sanitaria (con timbro leggibile)	Firma
Il presente modulo deve essere allegato alla fattura emessa dal Medico/Struttura Sanitaria	

NOMENCLATORE TARIFFARIO DEI RIMBORSI AI SOCI PER LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE IN FORMA INDIRETTA

in vigore dal 1° gennaio 2027

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	VISITA E RADIOLOGIA	
89729	Visita odontoiatrica	23,00
87122	Radiografia endorale (fino a 5) per radiografia	7,00
87123	Radiografia endorale (oltre le 5) importo totale	36,00
87113	Ortopantomografia delle arcate dentarie (OPT)	36,00
	CONSERVATIVA	
2321	Cura e ricostruzione coronale di dente incisivo o canino mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	36,00
2322	Cura e ricostruzione coronale di dente premolare o molare mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	45,00
2323	Cura e ricostruzione coronale di dente devitalizzato mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	49,00
2324	Cura e ricostruzione coronale con viti o perni endocanalari (escluso perno moncone)	54,00
	ENDODONZIA	
23701	Trattamento canalare (devitalizzazione) monoradicolato	52,00
23702	Trattamento canalare (devitalizzazione) biradicolato	63,00
23703	Trattamento canalare (devitalizzazione) pluriradicolato	76,00
23704	Ritrattamento canalare monoradicolato	58,00
23705	Ritrattamento canalare biradicolato	69,00
23706	Ritrattamento canalare pluriradicolato	90,00
	CHIRURGIA E PARODONTOLOGIA	
23	Estrazione semplice	22,00
2311	Estrazione indaginosa	54,00
23191	Estrazione dente semincluso	76,00
23192	Estrazione dente incluso	94,00
2741	Frenulectomia	72,00
2373	Apicectomia	90,00
24993	Rizotomia con eventuale rizectomia	63,00
24391	Asportazione di epulide	63,00
2431	Gengivectomia o Gengivoplastica (per quadrante)	54,00
2411	Biopsia del cavo orale	14,00
9654	Ablazione tartaro (per quadrante)	13,00
24992	Levigatura radicolare (per quadrante)	15,00
24991	Courettage gengivale (per quadrante)	15,00
	ODONTOIATRIA INFANTILE	
23	Estrazione semplice dente deciduo	22,00
2321	Cura e ricostruzione coronale dente deciduo incisivo o canino	36,00
2322	Cura e ricostruzione coronale dente deciduo molare	45,00
96542	Sigillatura solchi denti molari definitivi (6 - 9 anni)	25,00
00020	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali.	25,00

NORME PER L'EROGAZIONE IN FORMA DIRETTA E INDIRETTA DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

in vigore dal 1° gennaio 2027

PREMESSE GENERALI:

Si ricorda agli Assistiti e agli Odontoiatri convenzionati che dal 1° marzo 2004, per ottenere i rimborsi per prestazioni odontoiatriche sia in forma diretta che indiretta, è obbligatorio presentare insieme alla documentazione di spesa in originale, contenente il dettaglio delle prestazioni odontoiatriche effettuate ed i relativi importi, l'apposita scheda odontoiatrica (Allegato 8) debitamente compilata in tutte le sue parti. La scheda odontoiatrica è disponibile presso le sedi di Ente Mutuo e scaricabile dal sito di Ente Mutuo all'indirizzo www.entemutuomilano.it

Si rammenta inoltre che è necessario presentare le radiografie richieste al rimborso o erogate in forma diretta dagli odontoiatri convenzionati (radiografie endorali e OPT), sia direttamente presso le sedi di Ente Mutuo che per posta elettronica.
Ente Mutuo si riserva comunque la possibilità di richiedere anche ulteriore documentazione sanitaria ed eseguire, attraverso odontoiatri di fiducia, controlli delle cure eseguite.

Per una corretta istruttoria delle richieste di rimborso e di erogazione in forma diretta delle prestazioni odontoiatriche, nonché per un'agevole valutazione da parte dell'interessato del rimborso spettante, è opportuno prendere in considerazione le limitazioni, anche temporali contenute in questo Allegato, il Regolamento di Ente Mutuo all'Art. 10.1.3 Prestazioni odontoiatriche ed all'Art. 10.3.4 Cure ortodontiche e gli Allegati 4, 6 e 8.

Voci comprese nelle prestazioni odontoiatriche

Sono comprese nelle relative prestazioni e quindi non rimborsabili da parte di Ente Mutuo e non fatturabili a carico dell'assistito da parte dell'odontoiatra convenzionato le seguenti voci:

- ☐ Anestesia: Il rimborso di tutte le prestazioni in cui è necessaria l'anestesia locale o tronculare è comprensivo della stessa per cui l'anestesia non è mai rimborsabile.
- ☐ Trattamenti per emorragia dopo estrazione di denti.
- ☐ Posizionamento della diga di gomma.
- ☐ Nella rizotomia con mantenimento di radice residua, il rimborso dell'estrazione della radice compromessa (rizectomia) è già compreso in quello della rizotomia.
- ☐ Nella estrazione dentaria indaginosa o di dente semincluso o incluso, il rimborso di una eventuale rizotomia delle radici per facilitare l'estrazione è già compreso in quello dell'estrazione.

Prestazioni non rimborsabili e non erogabili in forma diretta

Non sono rimborsabili o erogabili in forma diretta le prestazioni odontoiatriche non espressamente riportate nel Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni odontoiatriche di Ente Mutuo (Allegato 6) .
In particolare, anche se sono fatturati a carico dell'assistito da parte dell'odontoiatra, non sono rimborsabili:

- ☐ Intarsi
- ☐ Trattamenti di apecificazione
- ☐ Perni moncone
- ☐ Protesi
- ☐ Rilievo delle impronte delle arcate dentarie per modelli in gesso per lo studio del caso
- ☐ Applicazione topiche di fluoro
- ☐ Sbiancamento coronale
- ☐ Ogni tipo di medicazione
- ☐ Registrazione dei rapporti tra le arcate dentarie
- ☐ Studio del caso in articolatore
- ☐ Registrazione con apparecchiature in gnatologia (analisi chinesiografica, analisi dei contatti dentari, elettromiografia dei muscoli masticatori)
- ☐ Analisi cefalometrica e fotografie dell'organo della masticazione
- ☐ Visite o controlli ortodontici
- ☐ Anestesia generale o sedazione.

Limitazioni al rimborso ed alla erogazione in forma diretta di prestazioni odontoiatriche

- ☐ Visita odontoiatrica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 2 volte nell'anno solare con limite di 1 visita per scheda odontoiatrica (ciclo di cura).
- ☐ Ablazione tartaro: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 1 volta per ogni quadrante ogni 6 mesi.
- ☐ Levigatura radicolare: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare.
- ☐ Courettage gengivale: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare.
- ☐ Gengivectomia o Gengivoplastica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico di Ente Mutuo massimo 1 volta per ogni quadrante ogni 5 anni (fornire documentazione).
- ☐ Per ogni elemento dentario è rimborsabile o erogabile in forma diretta un solo trattamento endodontico.
- ☐ Per ogni elemento dentario è rimborsabile o erogabile in forma diretta un solo ritrattamento endodontico.
- ☐ Per ogni elemento dentario è rimborsabile o erogabile in forma diretta una sola estrazione di qualsiasi tipo.
- ☐ Per ogni elemento dentario è rimborsabile o erogabile in forma diretta una sola Cura e ricostruzione coronale, mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti o con viti o perni endocanalari, nell'arco dell'anno solare; salvo casi di comprovata necessità, correlati da adeguata documentazione.
- ☐ Per ogni radice dentaria è rimborsabile o erogabile in forma diretta una sola apicectomia che è comprensiva anche della otturazione retrograda.
- ☐ La frenulectomia è rimborsabile solo una volta per arcata dentaria.
- ☐ L'asportazione di epulide e la biopsia del cavo orale sono rimborsabili o erogabili in forma diretta solamente dietro presentazione del relativo referto dell'esame istologico.
- ☐ Per l'apparecchio ortodontico è previsto solo in forma indiretta un rimborso annuo per gli Assistiti di età non superiore ai 16 (sedici) anni come concorso alle spese per l'importo fissato ogni anno dal Consiglio di Amministrazione per il periodo massimo di due anni (Allegato 4).

NOTE

ENTE MUTUO REGIONALE ASSISTENZA SANITARIA

Data	N° tessera
Nome e Cognome del paziente	

Scheda Riepilogativa delle Prestazioni Odontoiatriche

(modulo da compilare a cura dell'odontoiatra)

Q.tà	Descrizione prestazione	Elemento Dentario o Quadrante
	Visita odontoiatrica	Data _____/_____/_____
	Radiografia endorale (**fino a 5**)	
	Radiografie endorali (**oltre 5**)	
	Ortopantomografia delle arcate dentarie (**OPT**)	

CONSERVATIVA

(Se > 4 quantità fornire documentazione)

	Cura e ricostruzione coronale di dente incisivo o canino mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	
	Cura e ricostruzione coronale di dente premolare o molare mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	

(Fornire sempre documentazione)

	Cura e ricostruzione coronale di dente devitalizzato mediante otturazione in amalgama o materiali compositi fotopolimerizzanti	
	Cura e ricostruzione coronale con viti o perni endocanalari (**escluso perno moncone**)	

ENDODONZIA

(Fornire sempre documentazione)

	Trattamento canalare (**devitalizzazione**) di dente monoradicolato	
	Trattamento canalare (**devitalizzazione**) di dente biradicolato	
	Trattamento canalare (**devitalizzazione**) di dente pluriradicolato	
	Ritrattamento canalare di dente monoradicolato	
	Ritrattamento canalare di dente biradicolato	
	Ritrattamento canalare di dente pluriradicolato	

CHIRURGIA E PARODONTOLOGIA

Q.tà	Descrizione prestazione	Elemento Dentario o Quadrante
	Estrazione semplice	
	Estrazione indaginosa (**fornire documentazione**)	
	Estrazione dente semincluso (**fornire documentazione**)	
	Estrazione dente incluso (**fornire documentazione**)	
	Estrazione dente incluso sovranumerario (**fornire documentazione**)	
	Frenulectomia	
	Apicectomia (**compresa otturazione retrograda**)	
	Rizotomia con eventuale rizectomia	
	Asportazione di epulide	
	Gengivectomia o Gengivoplastica per quadrante (**fornire documentazione**)	
	Biopsia del cavo orale	
	Ablazione tartaro (**per quadrante**)	
	Levigatura radicolare (**per quadrante**)	
	Courettage dentogengivale (**per quadrante**)	

ODONTOIATRIA INFANTILE

Q.tà	Descrizione prestazione	Elemento Dentario o Quadrante
	Estrazione semplice dente deciduo	
	Cura e ricostruzione coronale dente deciduo incisivo o canino	
	Cura e ricostruzione coronale dente deciduo molare	
	Sigillatura solchi denti molari definitivi (6 - 9 anni)	
	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali.	

Struttura Sanitaria (con timbro leggibile)	Firma dell'odontoiatra
Il presente modulo deve essere allegato alla fattura emessa dalla Struttura Sanitaria	

Attenzione: si ricorda agli Assistiti e ai Medici Odontoiatri convenzionati che, per una corretta istruttoria delle richieste di rimborso e di erogazione in forma diretta delle prestazioni odontoiatriche, è d'obbligo compilare la presente scheda, specificando l'elemento dentario o quadrante trattato. Diversamente non si potrà procedere all'emissione del rimborso o all'erogazione delle autorizzazioni.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

in vigore dal 1° gennaio 2027

IL NOMENCLATORE TARIFFARIO È SUDDIVISO NELLE SEGUENTI PARTI

PARTE 1 NOMENCLATORE TARIFFARIO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

PREMESSE:

La tariffa prevista per le singole voci è omnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dello strumentista/ferrista, dell'ostetrico e dell'assistenza prestata dall'equipe chirurgica durante tutto il ricovero fino alle dimissioni.
Il rimborso per l'eventuale ricorso all'anestesia o analgesia epidurale (peridurale) è compreso nella tariffa dell'équipe chirurgica comprensiva della prestazione dell'anestesista.
Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente.
In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta, viene applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima si intende ridotta del 50%.
In tutti i casi il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica.
Sono tassativamente non rimborsabili tutti gli interventi esclusi dall'Art. 11 del presente Regolamento.
Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni extrafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali.
Per grandi articolazioni si intendono anca, ginocchio, spalla; per medie articolazioni si intendono gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica; per piccole articolazioni si intendono le restanti.
Per grandi segmenti si intendono femore, omero, tibia; per medi segmenti si intendono clavicola, rotula, radio, ulna, perone; per piccoli segmenti si intendono i restanti.
Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature) e metodica.
Per trattamento completo si intende anche l'eventuale neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale.

PARTE 2 NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA MEDICA

PREMESSE:

Si intende per Assistenza medica in degenza notturna l'Assistenza dell'équipe medica del reparto in cui è in cura un assistito durante un ricovero ordinario senza intervento chirurgico.

PARTE 3 NOMENCLATORE TARIFFARIO DEI CONSULTI

PREMESSE:

Si intende per Consulto medico una Consulenza interna di altro reparto o esterna, effettuata durante il ricovero dell'assistito e richiesta da un medico dell'équipe del reparto che ha in cura il paziente, documentata in cartella clinica, per approfondimento del quadro clinico o per l'insorgenza di complicanze.

PARTE 4 NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE SALE OPERATORIE

PREMESSE:

La tariffa per la sala operatoria comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura, salvo quanto specificatamente descritto: la spesa per l'uso della sala operatoria è rimborsata in base alle apposite tariffe in relazione a quella prevista per l'intervento subito, sempre ovviamente entro i limiti di spesa sostenuta .

PARTE 5 NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE DEGENZE

PREMESSE:

La retta di degenza in terapia intensiva o Unità Coronaria si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, dell'assistenza medico - infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali.
Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

in vigore dal 1° gennaio 2027

Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi delle spese per l'equipe chirurgica in caso di assistenza ospedaliera effettuata in strutture sanitarie non convenzionate.
Riferimento regolamento: Art. 10.2.2 Forma tipo C, D.

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	CARDIOCHIRURGIA	
37991	Stand by cardiochirurgico (presenza intera équipe) per interventi di cardiologia interventistica, salvo i casi descritti in cui il compenso è già compreso nelle tariffe esposte	990,00
3618	Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)	7.830,00
3611	Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)	7.380,00
37993	Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	7.830,00
37994	Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti	4.140,00
37995	Cisti del cuore o del pericardio	3.060,00
35021	Commisurotomia per stenosi mitralica	3.015,00
3761	Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	1.620,00
3712	Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	990,00
36091	Embolectomia con Fogarty	513,00
3741	Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	2.880,00
39531	Fistole arterovenose del polmone, interventi per	3.600,00
3791	Massaggio cardiaco interno	234,00
37311	Pericardiectomia parziale	2.520,00
37312	Pericardiectomia totale	3.150,00
370	Pericardiocentesi	315,00
39611	Reintervento con ripristino di C.E.C.	3.240,00
35831	Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo	3.060,00
35292	Sostituzione valvolare in heart port	7.560,00
35291	Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	7.560,00
35991	Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)	8.550,00
3519	Valvuloplastica cardiochirurgia	4.950,00
	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
37331	Ablazione transcatetere	2.700,00
36021	Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensivo di eventuale stand-by cardiochirurgico ed eventuale applicazione di stents	2.700,00
36051	Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensivo di eventuale stand-by cardiochirurgico ed eventuale applicazione di stents	3.150,00
37251	Biopsia endomiocardica destra	603,00
37252	Biopsia endomiocardica sinistra	738,00
3723	Cateterismo destro e sinistro e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	2.250,00
37221	Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.395,00
37222	Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.980,00
3794	Defibrillatore, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto	4.320,00
3727	Mappaggio elettromeccanico endocavitario, qualsiasi metodica	1.620,00
37801	Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateteri e programmazione elettronica del pace maker	2.700,00
3778	Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	990,00
363	Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica	3.780,00
37893	Sostituzione generatore pace maker definitivo	990,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
37992	Stand by cardiochirurgico (presenza intera équipe) salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	990,00
3726	Studio elettrofisiologico endocavitario	1.800,00
3596	Valvuloplastica non cardiochirurgica	2.070,00

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Premesse specifiche di branca: *Rimodellamento seno solo dopo intervento di mastectomia totale. Il rimborso è previsto unicamente in caso di mastectomia radicale.

8501	Ascesso mammario, incisione di	630,00
85112	Biopsia incisionale/escissionale stereotassica	1.485,00
85112a	Biopsia mammaria stereotassica - Mammotome - (compresa prestazione del medico radiologo)	1.080,00
85952	Espansione tissutale di esiti cicatriziali per introduzione di protesi mammaria	1.620,00
40511	Linfoadenectomia ascellare (come unico intervento)	2.700,00
40293	Linfonodo sentinella, asportazione di (come unico intervento)	1.485,00
85451	Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfoadenectomie associate	4.860,00
85411	Mastectomia semplice totale con eventuali linfoadenectomie	4.050,00
85341	Mastectomia sottocutanea (trattamento completo)	3.600,00
85211	Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di	1.980,00
85191	Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili (come unica prestazione)	216,00
85222	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfoadenectomie associate*	4.500,00
85223	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfoadenectomie associate*	3.780,00
85221	Quadrantectomia senza linfoadenectomie associate*	2.880,00
8571	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi	3.420,00
8573	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi	2.700,00
8575	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea con introduzione di expander	2.700,00
85941	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia (come unico intervento)	2.520,00
85212	Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella	2.880,00
85224	Tumorectomia o quadrantectomia con resezione del linfonodo sentinella e linfoadenectomie associate	4.500,00

CHIRURGIA DELLA MANO

77841	Amputazioni carpali	1.710,00
77891	Amputazioni falangee	900,00
77842	Amputazioni metacarpali	1.305,00
82351	Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	2.250,00
81294	Artrodesi carpale	1.800,00
81296	Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	1.260,00
81794	Artroplastica	1.710,00
81793	Artroprotesi carpale	3.060,00
81792	Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	2.340,00
83912	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	742,00
80797	Cisti sinoviale, asportazione di	450,00
77691	Deformità ad asola della mano	1.485,00
8284	Dito a martello della mano	720,00
79992	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	1.440,00
79993	Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	1.800,00
86893	Lembi cutanei microchirurgici	3.780,00
86841	Lesioni cutanee, ricostruzioni di (plastica V/Y, Y/V, Z)	675,00
04991	Lesioni nervose traumatiche e non, della mano	1.710,00
82451	Lesioni tendinee della mano, intervento per tenorrafie	1.440,00
82911	Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	1.260,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
82891	Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti	900,00
77892	Osteotomie (come unico intervento)	2.250,00
78494	Pseudoartrosi delle ossa lunghe	1.350,00
78441	Pseudoartrosi dello scafoide carpale	1.800,00
82611	Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	4.680,00
81791	Rigidità delle dita	990,00
39993	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	4.680,00
77893	Rizoartrosi	2.250,00
04491	Sindromi canalicolari trattamento completo (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	1.170,00
8074	Sinovialectomia (come unico intervento)	1.170,00
04994	Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	5.400,00
84991	Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco	1.170,00

CHIRURGIA DEL PIEDE

77512	Alluce rigido (trattamento completo)	1.350,00
77511	Alluce valgo (trattamento completo)	1.440,00
84121	Amputazione tarsali	1.710,00
84111	Amputazioni falangee	900,00
84122	Amputazioni metatarsali	1.305,00
83131	Aponeurectomia plantare	1.800,00
8116	Artrodesi metatarso-falangea	1.260,00
81131	Artrodesi di ossa del tarso (sottoastragalica isolata; sotto astragalica e astragalo-scafo-cuneiforme; astragalo-scafoidea e astragalo-scafo-cuneiforme, Lisfranc; etc.)	1.260,00
81132	Artrodesi di tibio-tarsica (tibio-tarsica e sotto astragalica; tibio-tarsica e sotto astragalica e cheiloplastica; etc.)	1.800,00
8156	Artroprotesi tibio-tarsica (trattamento completo)	4.950,00
7798	Asportazione di osso scafoideo accessorio	720,00
80798	Cisti sinoviale, asportazione di	450,00
83913	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	742,00
80881	Correzione di piede piatto, parti molli e/o ossei (un piede, riconosciuto dal 9° anno fino al compimento del 14° anno di età)	1.440,00
77692	Deformità ad asola delle dita del piede	1.440,00
77898	Dito a martello del piede	1.170,00
83142	Fasciotomia plantare con asportazione di sperone calcaneare	1.170,00
79264	Frattura bimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento ed eventuale sutura capsulo-legamentosa	1.800,00
79272	Frattura calcagno trattamento cruento con o senza innesto	1.800,00
79261	Frattura isolata di malleolo tibiale trattamento cruento	1.350,00
79262	Frattura isolata di malleolo peroneale trattamento cruento	1.350,00
79263	Frattura trimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento	1.800,00
79271	Fratture astragalo trattamento cruento	1.800,00
81491	Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	2.160,00
83916	Lisi della sindesmosi tibio peroneale distale	810,00
04072	Neuroma di Morton, intervento per	1.575,00
78481	Riallineamento metatarsale con osteotomie metatarsali multiple	1.890,00
04441	Sindromi canalicolari del piede	1.395,00
83882	Tendini peronei interventi per stabilizzazione di lussazione abituale	1.350,00
83881	Tenoplastiche	1.125,00
83914	Teno-vaginolisi (come fase dell'intervento principale)	270,00
83915	Teno-vaginolisi (come unico intervento)	900,00
83752	Trasposizioni e trapianti tendinei	1.800,00
79273	Trattamento chirugico di fratture e fratture lussazioni nell'ambito delle ossa del tarso e del metatarso	1.530,00
79281	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni delle falangi	1.440,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	CHIRURGIA DERMATOLOGICA	
86898	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	585,00
86899	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.305,00
86495	Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	342,00
86496	Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	279,00
86494	Tumore superficiale maligno del viso, intervento per	372,00
	CHIRURGIA GENERALE	
	INTERVENTI MINORI	
3326	Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	77,00
3326	Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	140,00
80793	Cisti sinoviale, asportazione radicale di	450,00
86091	Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di	405,00
86014	Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di	1.080,00
86072	Espianto di CVC	99,00
86074	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri (come unico intervento)	302,00
54912	Impianto chirurgico di catetere peritoneale	810,00
86071	Impianto di CVC	233,00
86073	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	605,00
86291	Tumore profondo extracavitario, asportazione di	1.440,00
8623	Unghia incarnita, asportazione di	162,00
	COLLO	
0611	Agoaspirato/agobiopsia ecoguidata per noduli tiroidei compresa ecografia	108,00
86015	Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	342,00
4029	Biopsia prescalenica	225,00
2921	Cisti o fistola congenita, asportazione di	1.080,00
31731	Fistola esofago-tracheale, intervento per	2.340,00
40411	Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	2.520,00
40421	Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	2.880,00
4031	Linfoadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)	2.250,00
40291	Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico (come unico intervento)	1.440,00
06891	Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	3.780,00
06892	Paratiroidi, reinterventi	3.960,00
06311	Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	2.970,00
0621	Tiroide, lobectomie	3.150,00
06391	Tiroidectomia subtotale	3.780,00
0641	Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale	3.960,00
0644	Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per	3.960,00
0642	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale	4.320,00
0643	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale	4.680,00
31721	Tracheostomia, chiusura e plastica	1.800,00
3111	Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	945,00
3121	Tracheotomia con tracheostomia di elezione	1.260,00
29511	Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	1.530,00
8642	Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)	1.530,00
	ESOFAGO	
42311	Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	1.980,00
42312	Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	2.250,00
42421	Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	7.200,00
42991	Esofagite, ulcera esofagea, (compresa plastica antireflusso e/o vagotomia), intervento per	2.700,00
42401	Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia	4.050,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
42411	Esofago, resezione parziale del, con esofagostomia	5.400,00
43992	Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	9.000,00
427	Esofagomiotomia (anche endoscopica - come unico intervento)	1.620,00
421	Esofagostomia (come unico intervento)	1.800,00
42821	Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	2.070,00
42992	Megaesofago, intervento per	3.150,00
42993	Megaesofago, reintervento per	3.240,00
42891	Protesi endo - esofagee, collocazione di	1.170,00
42851	Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	2.070,00
42852	Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser	418,00
42913	Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	3.600,00
	STOMACO - DUODENO	
44991	Dumping syndrome, interventi di riconversione per	2.340,00
44661	Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso e/o plastica dei pilastri diaframmatici)	3.600,00
44631	Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	5.400,00
43891	Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfoadenectomia)	4.320,00
43911	Gastrectomia totale con linfoadenectomia anche estesa	6.120,00
43994	Gastrectomia totale con linfoadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata	9.000,00
43991	Gastrectomia totale per patologia benigna	3.600,00
44291	Piloroplastica (come unico intervento)	1.620,00
43993	Resezione gastro duodenale	3.150,00
45341	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	4.680,00
44011	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica	1.980,00
4402	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica (come fase di intervento principale)	540,00
44911	Varici gastriche (emostasi chirurgica)	1.980,00
	INTESTINO: DIGIUNO - ILEO - COLON - RETTO - ANO	
4851	Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo	6.120,00
46501	Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	2.700,00
49795	Anoplastica (come unico intervento)	1.800,00
47091	Appendicectomia con peritonite diffusa	2.610,00
47092	Appendicectomia semplice a freddo (qualsiasi tecnica)	2.250,00
48731	Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	1.215,00
4901	Ascesso perianale, intervento per	1.260,00
44391	By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	3.060,00
48931	Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	1.440,00
45711	Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)	3.420,00
45712	Colectomia segmentaria con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	3.600,00
4581	Colectomia totale (compresa eventuale stomia)	3.780,00
4582	Colectomia totale con linfoadenectomia (compresa eventuale stomia)	4.950,00
45903	Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	2.700,00
46991	Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	900,00
4622	Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	2.250,00
46392	Digiunostomia (come unico intervento)	1.260,00
45331	Diverticoli di Meckel, resezione di	1.935,00
46393	Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	1.215,00
45731	Emicolectomia destra con linfoadenectomie	4.230,00
45751	Emicolectomia sinistra con linfoadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)	4.680,00
49441	Emorroidi (criochirurgia o diatermocoagulazione, trattamento completo)	765,00
49462	Emorroidi (laserchirurgia, trattamento completo)	1.080,00
49442	Emorroidi e ragadi (criochirurgia, trattamento completo)	900,00
49463	Emorroidi e ragadi (laserchirurgia, trattamento completo)	1.170,00
49464	Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica	1.800,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
49461	Emorroidi, intervento chirurgico radicale (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica	1.620,00
46391	Enterostomia (come unico intervento)	1.395,00
49122	Fistola anale extrasfinterica	1.215,00
49121	Fistola anale intrasfinterica	1.350,00
49123	Fistole anali (laserchirurgia, trattamento completo)	792,00
49791	Incontinenza anale, intervento per	1.980,00
46801	Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	2.700,00
45791	Megacolon, intervento per	3.780,00
46101	Megacolon: colostomia	1.350,00
46031	Mikulicz, estrinsecazione sec.	1.215,00
45411	Polipectomia retto-colon per via laparotomica	1.800,00
45412	Polipo rettale per via transanale, asportazione di (come unico intervento) - qualsiasi tecnica, qualsiasi strumentazione/apparecchiatura	558,00
46992	Posizionamento protesi del colon	697,00
48993	Posizionamento protesi del retto	558,00
48691	Procto-colectomia totale con pouch ileale	5.220,00
48991	Prolasso rettale, intervento transanale per (come unico intervento) - qualsiasi tecnica - qualsiasi strumentazione/apparecchiatura	2.430,00
48992	Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	2.790,00
48994	Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	1.080,00
49992	Ragadi, criochirurgia per (trattamento completo)	540,00
49993	Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	900,00
48632	Resezione del sigma-retto per patologia benigna	2.700,00
48631	Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfoadenectomie associate	4.140,00
48621	Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfoadenectomia ed eventuale colonstomia	4.680,00
4961	Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfoadenectomia inguinale bilaterale	4.140,00
49591	Sfinterotomia (come unico intervento)	558,00
48351	Tumore maligno del retto, per via trans-anale o con microchirurgia endoscopica trans-anale (TEM), asportazione di	2.700,00
54593	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)	2.430,00
54596	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)	900,00

PARETE ADDOMINALE

54611	Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	1.710,00
53211	Ernia crurale semplice	1.800,00
53591	Ernia epigastrica	1.800,00
53003	Ernia inguinale con ectopia testicolare	1.800,00
53001	Ernia inguinale semplice	1.800,00
53491	Ernia ombelicale (escluse finalità estetiche)	1.800,00
5391	Ernie rare (ischiatica, otturatoria, lombare, perineale)	2.160,00
5392	Laparocele, intervento per	2.700,00
40541	Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	1.710,00
40542	Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	2.160,00
4032	Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.150,00
40294	Linfonodo sentinella, asportazione di (come unico intervento)	1.485,00
5373	Prolasso diaframmatico, intervento per	2.340,00

PERITONEO

7001	Ascesso del Douglas, drenaggio	1.858,00
34891	Ascesso sub-frenico, drenaggio	1.530,00
54211	Laparoscopia esplorativa/diagnostica (comprese biopsie)	2.250,00
54191	Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	2.880,00
54192	Laparotomia con resezione intestinale (comprese stomie)	5.400,00
54591	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	1.350,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
54193	Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfoadenopatie	1.980,00
54194	Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni	1.890,00
54195	Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	3.240,00
54196	Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	2.610,00
54197	Laparotomia per peritonite diffusa	1.800,00
54198	Laparotomia per peritonite saccata	1.620,00
5425	Lavaggio peritoneale diagnostico	1.350,00
4033	Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	1.620,00
46792	Occlusione intestinale con resezione	4.500,00
46791	Occlusione intestinale senza resezione	3.150,00
5441	Omentectomia (come fase di intervento principale)	990,00
59001	Tumore retroperitoneale, exeresi di	5.850,00

FEGATO E VIE BILIARI

4029	Agobiopsia/Agoaspirato (qualsiasi numero di prelievi)	423,00
39111	Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	6.930,00
50291	Ascessi, cisti (di qualsiasi natura), angiomi cavernosi, intervento chirurgico per	2.970,00
50121	Biopsia epatica (come unico intervento)	1.800,00
50992	Calcolosi intraepatica, intervento per	2.790,00
51231	Colecistectomia laparoscopica semplice	2.970,00
51232	Colecistectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo)	3.600,00
51233	Colecistectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo)	3.420,00
51221	Colecistectomia laparotomica	2.700,00
5138	Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	2.340,00
51031	Colecistostomia per neoplasie non resecabili	2.700,00
51363	Coledoco/epatico/digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	4.320,00
51362	Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia	5.220,00
51361	Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia	4.680,00
51411	Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	2.520,00
50991	Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	2.790,00
38671	Deconnessione azygos-portale per via addominale	3.600,00
51993	Drenaggio bilio digestivo intraepatico	2.970,00
50931	Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	742,00
51621	Papilla di Vater, exeresi	2.340,00
51622	Papilla di Vater, ampullectomia per cancro con reimpianto del dotto di Wirsung e coledoco	3.600,00
51881	Papillostomia, per via transduodenale ed eventuale asportazione di calcoli (come unico intervento)	3.240,00
51851	Papillotomia, per via endoscopica (come unico intervento)	2.070,00
5031	Resezioni epatiche maggiori	8.100,00
50221	Resezioni epatiche minori	4.950,00
50611	Riparazione chirurgica per lacerazione del parenchima epatico	2.340,00
50993	Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici, qualsiasi via di accesso	3.150,00
51991	Vie biliari, interventi palliativi	2.340,00
51992	Vie biliari, reinterventi	4.140,00

PANCREAS - MILZA

52111	Agobiopsia/agoaspirato pancreas	369,00
52011	Ascessi pancreatici e/o cisti, drenaggio di	1.071,00
5212	Biopsia (come unico intervento)	990,00
52511	Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfoadenectomia	9.000,00
52223	Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	2.520,00
5242	Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive	2.970,00
5241	Fistola pancreatica, intervento per	3.150,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
5231	Marsupializzazione interna o esterna di cisti pancreatica	2.610,00
41431	Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	3.060,00
52222	Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	4.050,00
52521	Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia	5.850,00
5271	Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfoadenectomia)	6.300,00
52591	Pancreatite acuta, interventi conservativi	3.600,00
52592	Pancreatite acuta, interventi demolitivi	4.950,00
52221	Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	2.790,00
4151	Splenectomia	4.050,00

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

2611	Biopsia delle ghiandole salivari	540,00
76294	Asportazione neoformazioni benigne profonde	540,00
8611	Biopsia o asportazione di tumori superficiali non cutanei	180,00
26991	Calcolo salivare, asportazione di	450,00
7621	Cisti del mascellare, operazione per	900,00
26992	Cisti e fistole delle ghiandole salivari, incisione e/o drenaggio	450,00
76992	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	2.790,00
76993	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	3.870,00
27921	Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	900,00
0981	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.260,00
7651	Disfunzione temporo-mandibolare, terapia chirurgica per	4.050,00
27631	Esiti labiali di labiopalatoschisi	4.050,00
27632	Esiti nasali di labiopalatoschisi	2.790,00
16391	Exenteratio orbitae	2.340,00
26491	Fistola del dotto di Stenone, intervento per	1.800,00
27531	Fistola oro-nasale e/o mascellare	2.250,00
76721	Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per	4.725,00
76741	Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	4.050,00
76691	Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di	4.050,00
76761	Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)	4.050,00
76751	Fratture mandibolari, riduzione con ferule	2.025,00
26394	Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	1.530,00
26393	Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfoadenectomia	3.375,00
27591	Labioalveoloschisi monolaterale	3.060,00
27592	Labioalveoloschisi bilaterale	4.725,00
40292	Linfoangioma cistico del collo, asportazione per	4.050,00
2543	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	5.400,00
2541	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	3.375,00
2521	Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	2.025,00
76941	Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	3.375,00
76311	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale	4.725,00
76312	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale	5.850,00
76393	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del	5.040,00
76394	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del	6.120,00
76392	Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	2.430,00
76391	Neoformazioni endossee di grandi dimensioni, exeresi di	2.475,00
76395	Neoformazioni endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di	900,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
27492	Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	4.230,00
27491	Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	2.520,00
27991	Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	1.620,00
76791	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale	1.440,00
76792	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale	1.800,00
7622	Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	765,00
27621	Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle	2.520,00
27622	Palatoschisi totale	3.150,00
04992	Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per	2.520,00
26311	Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale	4.500,00
26321	Parotidectomia totale o sub-totale	5.580,00
76911	Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari	3.150,00
76921	Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	3.150,00
27594	Ricostruzioni con lembi mucosi	1.800,00
86712	Ricostruzioni con lembi muscolari	2.700,00
86713	Ricostruzioni con lembi osteomuscolari	3.960,00
86714	Ricostruzioni con lembi rivascolarizzati	4.320,00
26392	Scialectomia (come fase di intervento principale)	270,00
26391	Scialectomia (come unico intervento)	1.305,00
22611	Seno mascellare, apertura per processo alveolare (trattamento completo)	450,00

CHIRURGIA PEDIATRICA

55391	Asportazione tumore di Wilms	5.346,00
49991	Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale	3.960,00
49792	Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale	5.670,00
49794	Atresia dell'ano: operazione perineale	3.015,00
51994	Atresie vie biliari, esplorazioni	2.610,00
54991	Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per	4.680,00
02063	Cranio bifido con meningocele	4.680,00
02064	Cranio bifido con meningoencefalocele	5.040,00
02062	Craniostenosi	1.800,00
5371	Ernia diaframmatica di Bochdalek	3.510,00
5372	Ernia diaframmatica di Morgagni	3.060,00
42841	Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'	5.670,00
54711	Esonfalo o gastroschisi	2.340,00
5432	Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	4.680,00
5433	Granuloma ombelicale, cauterizzazione	405,00
05992	Neuroblastoma addominale	5.220,00
05991	Neuroblastoma endotoracico	4.680,00
05993	Neuroblastoma pelvico	4.320,00
45901	Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	4.050,00
45621	Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale	3.690,00
46793	Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale	2.340,00
46201	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	1.800,00
45902	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	5.400,00
46032	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	4.680,00
44292	Piloro, stenosi congenita del	2.340,00
49793	Plastica dell'ano per stenosi congenita	2.925,00
04492	Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	3.330,00
49721	Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	900,00
49941	Retto, prolasso con operazione addominale del	3.150,00
03511	Spina bifida: meningocele	5.670,00
03521	Spina bifida: mielomeningocele	6.210,00
84990	Teratoma sacrococcigeo	4.320,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

Premesse specifiche di branca: *Rimodellamento seno solo dopo intervento di mastectomia totale. Il rimborso è previsto unicamente in caso di mastectomia radicale.

86711	Allestimento di lembo peduncolato	900,00
70621	Aplasia della vagina, ricostruzione per	3.690,00
85951	Espansione tissutale di esiti cicatriziali per introduzione di protesi mammaria	1.620,00
85311	Ginecomastia monolaterale	1.530,00
85321	Ginecomastia bilaterale	2.070,00
86651	Innesti compositi	900,00
86691	Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	900,00
86891	Innesto di fascia lata	990,00
86715	Innesto di nervo o di tendine	2.070,00
78001	Innesto osseo o cartilagineo	1.620,00
27623	Intervento di push-back e faringoplastica	1.260,00
27593	Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	1.800,00
85871	Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per	1.260,00
86851	Malformazione semplice delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia)	1.350,00
84999	Malformazioni complesse delle mani e dei piedi (trattamento completo)	2.340,00
86751	Modellamento di lembo in situ	810,00
18711	Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	1.080,00
86844	Plastica V/Y, Y/V	900,00
86842	Plastica a Z del volto	720,00
86843	Plastica a Z in altra sede	540,00
82912	Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	1.021,00
82791	Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	1.530,00
8574	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi*	2.700,00
8576	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea con introduzione di expander*	2.700,00
8572	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi*	3.420,00
85942	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia (come unico intervento)	2.520,00
86894	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	585,00
86895	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.305,00
86896	Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	2.250,00
86897	Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	2.250,00
86931	Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale (qualsiasi parte anatomica)	1.530,00
86792	Trasferimento di lembo libero microvascolare	3.960,00
86791	Trasferimento di lembo peduncolato	828,00
8645	Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	342,00
8643	Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	372,00
8644	Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	743,00
8646	Tumori maligni profondi tronco/arti, asportazione di	405,00

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

3424	Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	234,00
3326	Agobiopsia polmonare tac guidata (per esame vedi T.A.C.)	270,00
3311	Ascessi, interventi per	1.800,00
3241	Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	7.650,00
3425	Biopsia del mediastino sotto guida eco endoscopica compresa apparecchiatura/strumentazione	765,00
4029	Biopsia laterocervicale	324,00
3326	Biopsia polmonare	450,00
4029	Biopsia sopraclaveare	405,00
32291	Cisti (echinococco od altre di qualsiasi natura), asportazione di	2.700,00
34511	Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	5.400,00
34041	Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	1.980,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
34094	Drenaggio pleurico per qualsiasi versamento compresa toracentesi	1.800,00
34092	Drenaggio pleurico per pneumotorace traumatico	1.980,00
34093	Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	855,00
33491	Enfisema bolloso, intervento per (qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura /strumentazione)	2.790,00
37121	Fenestrazione pericardica	2.520,00
5389	Ernie diaframmatiche traumatiche	4.050,00
34713	Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	2.700,00
34712	Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	1.440,00
34711	Ferite con lesioni viscerali del torace	2.700,00
33481	Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	4.950,00
33421	Fistole esofago-bronchiali, interventi di	4.320,00
79291	Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	2.250,00
4064	Legatura del dotto toracico	3.015,00
34791	Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	2.700,00
40591	Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	4.500,00
34221	Mediastinoscopia diagnostica	1.440,00
34222	Mediastinoscopia operativa	2.880,00
3442	Neoformazioni benigne costali localizzate	990,00
34811	Neoformazioni benigne del diaframma	2.250,00
31991	Neoformazioni benigne della trachea	1.530,00
3441	Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	4.950,00
34812	Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)	2.160,00
31992	Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	5.400,00
3431	Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	5.400,00
34591	Pleurectomie (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	6.300,00
3252	Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	8.100,00
34091	Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o piu' coste), intervento di	1.800,00
3251	Pneumectomia, intervento di (compresa linfoadenectomia e/o biopsia)	8.100,00
3253	Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale	9.000,00
34841	Relaxatio diaframmatica	3.060,00
33982	Resezione bronchiale con reimpianto	5.580,00
77911	Resezione di costa sopranumeraria	2.700,00
3231	Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfoadenectomie)	7.200,00
3232	Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfoadenectomie)	6.300,00
3233	Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfoadenectomie)	7.200,00
3403	Re-toracotomia per emostasi	2.700,00
34991	Sindromi stretto toracico superiore	2.700,00
34921	Talcaggio pleurico, qualsiasi metodica	1.440,00
0780	Timectomia	5.850,00
34741	Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	5.850,00
34793	Toracoplastica, primo tempo	4.050,00
34794	Toracoplastica, secondo tempo	2.250,00
34211	Toracoscopia operativa comprese eventuali biopsie e pleurodesi	2.970,00
34021	Toracotomia esplorativa comprese biopsie (come unico intervento)	2.070,00
33221	Tracheo-broncoscopia diagnostica con eventuale autofluorescenza	675,00
32011	Tracheo-broncoscopia operativa	1.350,00

CHIRURGIA VASCOLARE

39541	Aneurismi aorta addominale o aorta toracica + dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)	7.200,00
39521	Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)	4.500,00
39523	Aneurismi arterie viscerali, embolizzazione	2.070,00
38401	Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)	6.300,00
39503	Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	2.880,00
39992	Applicazione di stent, qualsiasi distretto anatomico, salvo i casi descritti ove è già compresa nella tariffa esposta	450,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
39994	Seconda applicazione di stent sulla stessa arteria	189,00
39221	By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio	4.500,00
39251	By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale	4.500,00
39241	By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	4.500,00
39291	By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	4.500,00
39991	By-pass (autologo o eterologo) veno-venoso arti inferiori per ostruzioni venose croniche profonde	3.780,00
4091	Elefantiasi degli arti (anastomosi linfatico - venose)	4.050,00
38861	Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde, salvo i casi descritti	3.420,00
83141	Fasciotomia decompressiva	1.080,00
39995	Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	450,00
39321	Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	4.050,00
39322	Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea	2.070,00
39323	Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedidie - inguinali-perineali	1.035,00
38601	Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	4.050,00
39996	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	4.500,00
38592	Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, anche met. CHIVA, anche fotocoagulazione laser) bilaterale (unica seduta operatoria)	2.430,00
38591	Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, anche met. CHIVA, anche fotocoagulazione laser) monolaterale (unica seduta operatoria)	1.620,00
05891	Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	3.150,00
39999	Sostituzione venosa con protesi omologa o eterologa di vena profonda arto inferiore	2.160,00
37996	Standby cardiochirurgico (presenza intera equipe), salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	900,00
39524	Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale	7.650,00
39525	Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica	7.650,00
39526	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	1.800,00
39527	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	3.600,00
38801	Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	630,00
38141	Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	4.320,00
38121	Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di tronchi sovraortici	4.590,00
38122	Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici	4.590,00
38181	Tromboendoarteriectomia con patch arteria femorale	3.780,00
38123	Tromboendoarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)	4.770,00
38891	Valvuloplastica della cross safeno-femorale con o senza patch compreso doppler intraoperatorio	900,00
38892	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori monolaterale	2.700,00
38893	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori bilaterale	4.050,00
39997	Varicectomia (come unico intervento)	540,00
39998	Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	810,00

CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA ED ENDOSCOPICA

Premesse specifiche di branca: le procedure di Esofagogastroduodenoscopia operativa e Pancolonscopia operativa sono riconosciute esclusivamente nella modalità a "Pacchetto". Per tali procedure, se eseguite contemporaneamente, quindi concomitanti, ad altri interventi/procedure principali o durante ricovero medico, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" (cod. 43411 e cod. 45432).

4514	Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	270,00
43191	Cisto-gastrostomia o cisto-duodenostomia endoscopica	2.340,00
42331	Emostasi endoscopica di lesioni non varicose esofagogastriche	630,00
42332	Emostasi e/o sclerosi endoscopica di lesione varicose esofagogastriche (qualsiasi tecnica, qualsiasi apparecchiature/strumentazioni)	720,00
43411	Esofagogastroduodenoscopia operativa (procedura concomitante ad altra principale o effettuata durante un ricovero medico) per: polipectomie, introduzione di protesi, rimozione di corpi estranei, argon laser, etc.	450,00
43411P	Pacchetto Esofagogastroduodenoscopia operativa comprese polipectomie, introduzione di protesi, rimozione corpi estranei, argon laser, ecc. Il Pacchetto è comprensivo di équipe, sala operatoria/endoscopica/ ambulatoriale, strumentazione, eventuale sedazione profonda, permanenza in struttura, materiali, medicinali, analisi e accertamenti relativi all'intervento (istologici compresi), IVA.	530,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
45432	Pancolonscopia operativa comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose (procedura concomitante ad altra principale o effettuata durante un ricovero medico).	520,00
45432P	Pacchetto pancolonscopia operativa (comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose - qualsiasi tecnica). Il Pacchetto è comprensivo di equipe chirurgica, strumentazione, eventuale sedazione profonda, sala operatoria/endoscopica/ambulatoriale, permanenza in struttura, materiali, medicinali, analisi ed accertamenti relativi all'intervento (istologici compresi), IVA.	600,00
4311	Posizionamento di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	1.035,00
45431	Rettosigmoidoscopia operativa (comprese polipectomie) o fotocoagulazione con laser	558,00
4312	Rimozione e/o sostituzione di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	765,00
42911	Varici esofagee o esofago gastriche, legatura endoscopica	418,00
43412	Varici gastriche (emostasi endoscopica)	1.800,00

GINECOLOGIA

54594	Adesiolisi (come unico intervento)	3.240,00
54595	Adesiolisi (come fase di intervento principale)	900,00
65411	Annessi monolaterali, interventi conservativi sugli	2.970,00
65631	Annessi bilaterali, interventi conservativi sugli	3.510,00
65412	Annessi monolaterali, interventi demolitivi sugli	2.970,00
65632	Annessi bilaterali, interventi demolitivi sugli	3.510,00
71291	Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	585,00
7131	Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali (compresa ghiandola del Bartolini), trattamento chirurgico per	1.170,00
7191	Ascesso pelvico, trattamento chirurgico per	1.350,00
6959	Biopsia della portio, endometrio (come unico intervento)	117,00
7024	Biopsia della vulva, vagina	108,00
65251	Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	3.240,00
70331	Cisti vaginale, asportazione di	900,00
71711	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali (come unico intervento)	900,00
71712	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	1.440,00
70142	Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	900,00
6721	Conizzazione e tracheloplastica	1.080,00
688	Eviscerazione pelvica	5.400,00
56841	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.520,00
58432	Fistole uretrovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.340,00
57841	Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per	2.700,00
70111	Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)	270,00
70511	Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	2.880,00
6861	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfoadenectomia pelvica e/o lomboaortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	6.210,00
6862	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfoadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	4.050,00
6841	Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	3.600,00
69291	Isteropessi	2.025,00
6823	Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	1.620,00
68211	Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	1.260,00
66191	Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie (come unico intervento)	1.800,00
69191	Laparoscopia operativa con ablazione di cisti endometriosiche o altro, laservaporizzazione focolai endometriosici, lisi, sinechie etc.	2.160,00
40593	Laparotomia esplorativa con eventuale linfoadenectomia lombo aortica pelvica selettiva e bioptica (come unico intervento)	3.150,00
54592	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	1.170,00
69491	Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	1.980,00
67293	LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) compresa colposcopia	229,00
40592	Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.150,00
69492	Metroplastica (come unico intervento)	2.340,00
68292	Miomectomie con o senza ricostruzione plastica dell'utero (come unico intervento)	2.880,00
7183	Neoformazioni della vulva, asportazione	684,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
70991	Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	1.440,00
70994	Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di (come unico intervento)	2.520,00
70992	Plastica vaginale anteriore, intervento di (come unico intervento)	1.440,00
70993	Plastica vaginale posteriore, intervento di (come unico intervento)	1.440,00
67391	Polipi cervicali, asportazione di	225,00
58396	Polipi orifizio uretrale esterno	225,00
70792	Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	3.015,00
58991	Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	1.440,00
75996	Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	900,00
65291	Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	2.340,00
65292	Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	2.610,00
664	Salpingectomia monolaterale	2.340,00
665	Salpingectomia bilaterale	2.610,00
65731	Salpingoplastica	2.790,00
70141	Setto vaginale, asportazione chirurgica	810,00
67691	Tracheloplastica (come unico intervento)	900,00
7193	Trattamento chirurgico conservativo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.790,00
75994	Trattamento chirurgico conservativo per gravidanza extrauterina	2.115,00
7192	Trattamento chirurgico conservativo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.700,00
7195	Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.250,00
75995	Trattamento chirurgico demolitivo per gravidanza extrauterina	1.665,00
7194	Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche -annessiali	1.800,00
7042	Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	4.050,00
7041	Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	2.880,00
71611	Vulvectomia parziale	1.620,00
71612	Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	2.250,00
7151	Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	4.950,00
71613	Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	2.700,00
71621	Vulvectomia totale	2.880,00

NEUROCHIRURGIA

04741	Anastomosi spino-facciale e simili	3.330,00
39292	Anastomosi vasi intra-extra cranici	5.580,00
81006	Artrodesi vertebrali per via anteriore o spondilolistesi	7.020,00
81005	Artrodesi vertebrali per via posteriore	4.770,00
81007	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore	6.030,00
01393	Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	5.580,00
0113	Biopsia/agobiopsia cerebrale stereotassica	7.200,00
77415	Biopsia vertebrale a cielo aperto	1.080,00
38821	Carotide endocranica, legatura della	3.870,00
03901	Catetere epidurale e/o durale, impianto di	702,00
81011	Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore	4.680,00
03291	Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	4.320,00
01391	Corpo estraneo intracranico, asportazione di	4.680,00
02061	Cranioplastica	4.230,00
01241	Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	4.140,00
01242	Craniotomia per ematoma extradurale	4.050,00
01243	Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	6.750,00
01592	Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	8.100,00
02391	Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	4.500,00
01245	Ematoma subdurale cronico monolaterale, intervento per	4.050,00
01246	Ematoma subdurale cronico bilaterale, intervento per	6.750,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
02991	Encefalomeningocele, intervento per	4.320,00
02992	Epilessia focale, intervento per	4.590,00
80512	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva	3.870,00
80514	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	7.650,00
80511	Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	5.850,00
80515	Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	6.480,00
02993	Fistola liquorale	3.780,00
39532	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	2.340,00
39534	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	3.420,00
39536	Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	4.860,00
05236	Gangliectomia lombare e splancnicectomia	2.340,00
03931	Impianto di stimolatore midollare	1.800,00
07641	Ipofisi, intervento per adenoma per via transfenoidale	7.200,00
03091	Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali (come unico intervento)	3.600,00
03092	Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	5.850,00
03093	Laminectomia per tumori intramidollari	8.100,00
38611	Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)	7.650,00
39522	Malformazione aneurismatica o angiomatosa con compressione radicolare e/o midollare	5.400,00
03522	Mielomeningocele, intervento per	4.860,00
01591	Neoplasie endocraniche, asportazione di	7.200,00
03292	Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	5.580,00
04494	Neurolisi (come fase di intervento principale)	450,00
04493	Neurolisi (come unico intervento)	1.350,00
0431	Neurorrafia primaria (come unico intervento)	1.170,00
04031	Neurotomia semplice (come unico intervento)	1.170,00
04021	Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	4.500,00
04993	Plesso brachiale, intervento sul	3.240,00
04071	Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	5.400,00
01251	Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica	3.600,00
01252	Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica	5.400,00
05221	Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul	3.150,00
05222	Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	3.150,00
05223	Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	3.150,00
05291	Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	3.150,00
05292	Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici	3.150,00
05231	Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	2.250,00
05232	Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	2.700,00
05251	Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	1.980,00
05233	Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	2.700,00
05234	Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	2.700,00
05235	Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	2.700,00
03094	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello	3.960,00
03097	Stenosi vertebrale lombare più livelli	4.500,00
04996	Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	1.440,00
01491	Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	6.300,00
04291	Termorizotomia del trigemino o altri nervi cranici	2.700,00
01091	Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	1.980,00
02041	Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	2.880,00
80591	Trattamento chirurgico delle ernie discali per via endoscopica e/o percutanea, qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione (ozono, i.d.e.t, chemonucleolisi, laserdiscectomia etc.)	1.350,00
03095	Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per	4.500,00
03096	Traumi vertebro-midollari via posteriore	3.780,00
16985	Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	4.500,00
04997	Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)	3.600,00
01593	Tumori della base cranica, intervento per via transorale	8.100,00
16984	Tumori orbitari, intervento per	3.960,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €

OCULISTICA

ORBITA

1622	Biopsia orbitaria	450,00
16981	Cavità orbitaria, plastica per (come unico intervento)	1.800,00
16982	Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	1.260,00
1611	Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	882,00
16591	Exenteratio orbitae	2.340,00
16091	Operazione di Kronlein od orbitotomia	3.150,00
16983	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale	1.440,00
16986	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale	1.800,00

SOPRACCIGLIO

08811	Plastica per innesto	756,00
08812	Plastica per scorrimento	567,00

PALPEBRE

0821	Calazio	216,00
08591	Cantoplastica	810,00
0849	Entropion-ectropion	810,00
08592	Epicanto-coloboma	900,00
08521	Tarsorrafia (come unico intervento)	450,00
08241	Tumori, asportazione con plastica per innesto	1.170,00
08242	Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	990,00

VIE LACRIMALI

09811	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.260,00
09491	Endoscopia lacrimale operativa con fibre ottiche	630,00
09991	Fistola, asportazione	360,00
0901	Flemmone, incisione di (come unico intervento)	117,00
09441	Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	225,00
0961	Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	540,00
09992	Vie lacrimali, ricostruzione	1.350,00

CONGIUNTIVA

10311	Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	1.080,00
10312	Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	900,00
10313	Piccole cisti, sutura con innesto placentare	288,00
10491	Plastica congiuntivale per innesto	720,00
10492	Plastica congiuntivale per scorrimento	450,00

CORNEA

11631	Cheratoplastica a tutto spessore	2.520,00
11611	Cheratoplastica lamellare	2.160,00
12991	Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	1.170,00
11612	Epicheratoplastica	1.800,00
16691	Odontocheratoprotesi	2.520,00
11691	Trapianto corneale a tutto spessore	2.520,00
11621	Trapianto corneale lamellare	2.160,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €

CRISTALLINO

Premesse specifiche di branca: l'intervento di cataratta concomitante (cod. 13194P2) può essere associato al codice 13194P "Pacchetto cataratta" solo ed esclusivamente se eseguito contemporaneamente al pacchetto stesso o ad altro intervento/procedura principale; la valorizzazione ai fini del rimborso, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, sarà al 100% per tale voce (cod. 13194P2).

13393	Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	720,00
13191	Cataratta (senile, traumatica, patologica), estrazione di	990,00
13193	Cataratta complicata, estrazione di	1.035,00
13392	Cataratta congenita o traumatica, discissione di	900,00
13192	Cataratta molle, intervento per	1.035,00
13391	Cataratta secondaria, discissione di	260,00
13194	Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica). Voce di rimborso, laddove non sia presente il pacchetto, per equipe non convenzionata in struttura convenzionata con Ente Mutuo.	1.170,00
13194P	Pacchetto Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica). Rimborso comprensivo di: equipe medicochirurgica, sala operatoria, permanenza in struttura, materiali, medicinali, protesi del cristallino, analisi ed accertamenti relativi all'intervento, IVA.	1.500,00
13194P2	Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica). Intervento concomitante ad altro principale, eseguito nella medesima seduta operatoria o ricovero (associabile al pacchetto cataratta solo se eseguito contemporaneamente allo stesso)	540,00
13721	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	720,00
13722	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	990,00
1381	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	540,00
1382	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	1.080,00
13691	Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	1.080,00
1391	Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	1.080,00
13701	Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.125,00

SCLERA

12892	Sclerectomia	1.350,00

INTERVENTI PER GLAUCOMA

1255	Ciclodialisi	1.170,00
12711	Ciclodiatermia perforante	558,00
12521	Goniotomia	1.080,00
12591	Iridocicloretrazione (come unico intervento)	2.115,00
12691	Microchirurgia dell'angolo camerulare (come unico intervento)	1.620,00
12692	Operazione fistolizzante (come unico intervento)	1.620,00
12642	Trabeculectomia (come unico intervento)	1.170,00
12643	Trabeculectomia + asportazione cataratta, intervento combinato	1.350,00
12644	Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale, intervento combinato	1.800,00
12641	Trabeculotomia (come unico intervento)	720,00

IRIDE

12421	Cisti iridee, asportazione e plastica di	1.080,00
12141	Iridectomia	900,00
12972	Irido-dialisi, intervento per	1.080,00
12391	Iridoplastica	810,00
12111	Iridotomia (come unico intervento)	450,00
12131	Prolasso irideo, riduzione	540,00
12321	Sinechiotomia	855,00
12971	Sutura dell'iride	630,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	RETINA	
14591	Asportazione, cerchiaggio, rimozione e/o sostituzione materiali usati durante l'intervento di distacco	900,00
14521	Criotrattamento (come unico intervento)	810,00
14511	Diatermocoagulazione retinica per distacco (come unico intervento)	1.620,00
38822	Legatura arteria temporale superiore (come unico intervento)	630,00
14592	Retina, intervento per distacco, crio + cerchiaggio (come unico intervento)	1.890,00
14593	Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	2.340,00
14791	Vitrectomia anteriore o posteriore	2.160,00
	MUSCOLI OCULARI	
15121	Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	1.080,00
15122	Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	1.260,00
08393	Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche - comprovata da campimetria pre intervento)	1.080,00
15131	Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	1.170,00
15291	Strabismo paralitico, intervento per	1.350,00
	BULBO OCULARE	
14011	Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	1.080,00
14021	Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	2.160,00
16392	Enucleazione o exenteratio	1.440,00
16421	Enucleazione con innesto protesi mobile	1.620,00
16311	Eviscerazione con impianto intraoculare	1.620,00
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
	INTERVENTI CRUENTI	
81831	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)	2.160,00
81831	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)	2.160,00
4131	Agoaspirato osseo	540,00
78301	Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	4.050,00
84916	Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	2.250,00
84915	Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	1.800,00
81002	Artrodesi vertebrale per via anteriore o spondilolistesi	7.020,00
81001	Artrodesi vertebrale per via posteriore	4.770,00
81003	Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore	6.030,00
81293	Artrodesi: grandi articolazioni	2.250,00
81292	Artrodesi: medie articolazioni	1.800,00
80893	Artrolisi: grandi	1.980,00
80892	Artrolisi: medie	1.710,00
80891	Artrolisi: piccole	1.035,00
81963	Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)	3.870,00
81962	Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)	1.170,00
81961	Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)	765,00
81811	Artroprotesi spalla, parziale	3.600,00
81801	Artroprotesi spalla, totale	5.400,00
81521	Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	3.690,00
81511	Artroprotesi: anca totale (trattamento completo - qualsiasi tecnica). Voce di rimborso, laddove non sia presente il pacchetto, per equipe non convenzionata in struttura convenzionata con Ente Mutuo.	7.110,00
81511A	Artroprotesi anca totale (trattamento completo - qualsiasi tecnica): Intervento concomitante al Pacchetto (nel caso di artroprotesi anca bilaterale) o ad altra procedura chirurgica, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero, comprensivo del costo della protesi articolare. Il rimborso sarà al 100% della tariffa indicata	5.500,00
81511P	PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE MONOLATERALE (TRATTAMENTO COMPLETO - QUALSIASI TECNICA), Rimborso comprensivo di: esami pre-ricovero, equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, medicinali, materiali, utilizzo strumenti operatori, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia in degenza, visita di controllo e medicazioni post operatorie, IVA. Per rimborso indiretto forma Dplus, vedi pagina 26 del Regolamento.	13.500,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
81512	Artroprotesi totale d'anca, revisione (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale	9.000,00
81513	Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero	8.550,00
81541	Artroprotesi ginocchio totale (trattamento completo - qualsiasi tecnica). Voce di rimborso, laddove non sia presente il pacchetto, per equipe non convenzionata in Struttura convenzionata in forma diretta con Ente Mutuo	4.950,00
81541A	Artroprotesi ginocchio totale (trattamento completo - qualsiasi tecnica): Intervento concomitante al Pacchetto (nel caso di artroprotesi ginocchio bilaterale) o ad altra procedura chirurgica, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero, comprensivo del costo della protesi articolare. Il rimborso sarà al 100% della tariffa indicata	3.900,00
81541P	PACCHETTO ARTROPROTESI: GINOCCHIO TOTALE MONOLATERALE (TRATTAMENTO COMPLETO - QUALSIASI TECNICA). Rimborso comprensivo di: esami pre-ricovero, equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, medicinali, materiali, utilizzo strumenti operatori, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia in degenza, visita di controllo e medicazioni post operatorie, IVA. Per rimborso indiretto forma **Dplus**, vedi pagina 27 del Regolamento.	12.000,00
81561	Artroprotesi: gomito	4.950,00
80091	Artroprotesi: rimozione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento	4.680,00
80291	Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	405,00
8030	Biopsia articolare	459,00
7740	Biopsia ossea	630,00
77492	Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	2.700,00
77493	Biopsia vertebrale a cielo aperto	1.080,00
8352	Borsectomia (come fase di un intervento principale)	450,00
8351	Borsectomia (come unico intervento)	1.170,00
83391	Cisti del Becker, asportazione di	1.395,00
8065	Cisti meniscale o parameniscale, asportazione di	1.530,00
80796	Cisti sinoviale, asportazione di	450,00
80896	Condrectomia - condroabrasione (come fase di intervento principale)	450,00
80895	Condrectomia - condroabrasione (come unico intervento)	1.440,00
80897	Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	1.440,00
77811	Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	2.142,00
84091	Disarticolazione interscapolo toracica	4.185,00
84913	Disarticolazioni, grandi	3.735,00
84912	Disarticolazioni, medie	2.565,00
84911	Disarticolazioni, piccole	1.215,00
83751	Elsmie-Trillat, intervento di	1.215,00
77895	Emipelvectomia	4.500,00
77897	Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	6.975,00
81295	Epifisiodesi	1.980,00
80513	Ernia del disco dorsale o lombare, compresa eventuale laminectomia decompressiva	3.960,00
77801	Esostosi semplice, asportazione di	990,00
79601	Frattura esposta, pulizia chirurgica di	603,00
83991	Infezioni articolari, muscolo-aponeurotiche profonde (trattamento chirurgico - unico intervento)	1.260,00
81473	Laterale release	1.530,00
81471	Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	2.880,00
81472	Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia), ricostruzione di	3.150,00
81832	Lussazioni recidivanti (spalla,ginocchio), plastica per (trattamento completo)	2.700,00
8063	Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	1.800,00
8064	Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	1.980,00
8061	Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	1.620,00
41981	Midollo osseo, espianto di	1.080,00
79991	Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	2.070,00
79391	Osteosintesi vertebrale	6.120,00
79394	Osteosintesi: grandi segmenti	3.600,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
79393	Osteosintesi: medi segmenti	2.160,00
79392	Osteosintesi: piccoli segmenti	1.890,00
77896	Osteotomia complessa (bacino, vertebrale)	2.700,00
77894	Osteotomia semplice di qualsiasi segmento (come fase dell'intervento principale)	630,00
80191	Perforazione alla Boeck	360,00
81004	Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale	6.525,00
77791	Prelievo di trapianto osseo con innesto	3.150,00
78493	Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	3.420,00
78492	Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	1.620,00
78491	Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	900,00
78031	Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	3.015,00
84291	Reimpianti di arto o suo segmento	8.100,00
80894	Resezione articolare	1.530,00
77391	Resezione del sacro	3.015,00
77392	Resezione ossea	1.620,00
79891	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	3.150,00
79893	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	2.700,00
79892	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie articolazioni	1.530,00
79851	Riduzione cruenta lussazione congenita anca	2.160,00
78691	Rimozione mezzi di sintesi: grandi segmenti	1.170,00
78692	Rimozione mezzi di sintesi: medi segmenti	720,00
78693	Rimozione mezzi di sintesi: piccoli segmenti	270,00
81834	Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione di (trattamento completo)	2.250,00
84993	Scoliosi, intervento per	4.320,00
80794	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come fase di intervento principale)	450,00
80792	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come unico intervento)	1.890,00
80795	Sinoviectomia piccole articolazioni (come fase di intervento principale)	270,00
80791	Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	810,00
80911	Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	3.960,00
80192	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello	3.960,00
80194	Stenosi vertebrale lombare più livelli	4.500,00
84998	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento	6.300,00
81401	Tetto cotiloideo, ricostruzione di	2.790,00
81833	Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	2.340,00
84996	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	3.150,00
84995	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	2.340,00
84994	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	2.070,00
84997	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	5.400,00
80193	Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	4.500,00
39990	Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche	2.700,00

TENDINI - MUSCOLI - APONEUROSI - NERVI PERIFERICI

8321	Biopsia muscolare	162,00
83911	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	742,00
04073	Neurinomi, trattamento chirurgico di	1.620,00
04495	Neurolisi (come unico intervento)	1.350,00
04496	Neurolisi (come fase di intervento principale)	450,00
83994	Tenolisi (come fase dell'intervento principale)	360,00
83995	Tenolisi (come unico intervento)	1.080,00
83992	Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	1.125,00
83997	Tenorrafia complessa	1.800,00
83996	Tenorrafia semplice	1.215,00
83998	Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	1.710,00
83993	Torcicollo miogeno congenito, plastica per	1.665,00
82561	Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	1.800,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	OSTETRICIA	
7501	Aborto terapeutico	1.305,00
7491	Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva dell'assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'eventuale assistenza neonatologica). La tariffa è comprensiva di eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento	4.500,00
73591	Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva di qualsiasi atto operativo chirurgico, della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'eventuale assistenza neonatologica)	2.700,00
650	Assistenza neonatologica - parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato, taglio cesareo. Solo in caso di iscrizione del neonato a Ente Mutuo	300,00
75331	Cordocentesi	900,00
75312	Fetoscopia	900,00
75512	Lacerazione cervicale, sutura di	495,00
54111	Laparotomia esplorativa	1.350,00
54112	Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	2.565,00
8502	Mastite puerperale, trattamento chirurgico	360,00
75991	Revisione delle vie del parto, intervento per	1.260,00
75992	Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento per	1.350,00
75931	Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	1.890,00
75941	Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	1.080,00
	OTORINOLARINGOIATRIA	
	ORECCHIO	
20492	Antroatticotomia con labirintectomia	2.970,00
20211	Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	3.960,00
20212	Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	3.420,00
18792	Atresia auris congenita completa	4.050,00
18791	Atresia auris congenita incompleta	3.600,00
20411	Mastoidectomia	1.980,00
2042	Mastoidectomia radicale	3.600,00
1941	Miringoplastica per via endoaurale	1.440,00
1942	Miringoplastica per via retroauricolare	1.980,00
20091	Miringotomia (come unico intervento)	657,00
18291	Neoplasia del padiglione, exeresi di	765,00
18292	Neoplasie del condotto, exeresi	1.080,00
04041	Nervo vestibolare, sezione del	6.300,00
04011	Neurinoma dell'ottavo paio	9.000,00
18293	Osteomi del condotto, asportazione di	1.800,00
20591	Petrosectomia	5.850,00
20221	Petrositi suppurate, trattamento delle	4.050,00
1892	Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	360,00
20493	Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	2.610,00
20711	Sacco endolinfatico, chirurgia del	2.790,00
19191	Stapedectomia	2.790,00
19192	Stapedotomia	2.790,00
20491	Timpanoplastica con mastoidectomia	3.420,00
19591	Timpanoplastica senza mastoidectomia	2.250,00
19592	Timpanoplastica, secondo tempo di	1.800,00
20092	Timpanotomia esplorativa	900,00
20511	Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	4.230,00
	NASO E SENI PARANASALI	
286	Adenoidectomia	1.350,00
283	Adenotonsillectomia	1.800,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
21991	Atresia coanale, intervento per	1.530,00
2209	Cateterismo seno frontale	450,00
21312	Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	360,00
21992	Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	1.350,00
22631	Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	1.350,00
22632	Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	1.710,00
2271	Fistole oro antrali	900,00
2179	Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	990,00
21993	Ozena, cura chirurgica dell'	990,00
21311	Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	855,00
21994	Rinofima, intervento	900,00
21872	Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	2.070,00
21871	Rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (escluse finalità estetiche)	1.800,00
2291	Seni paranasali, intervento per mucocele	1.980,00
22531	Seni paranasali, intervento radicale monolaterale	2.070,00
22532	Seni paranasali, intervento radicale bilaterale	2.700,00
22421	Seno frontale, svuotamento per via esterna	900,00
22422	Seno frontale, svuotamento per via nasale	900,00
22311	Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	1.530,00
22312	Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	1.620,00
22521	Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	1.980,00
22522	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	2.250,00
22523	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	2.250,00
22524	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	2.700,00
21693	Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (escluse finalità estetiche)	1.710,00
22601	Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	1.980,00
22602	Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	4.500,00
21691	Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	1.080,00
21692	Turbinotomia (come unico intervento)	765,00

FARINGE - CAVO ORALE

28091	Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	675,00
2933	Faringectomia parziale	3.150,00
29391	Fibroma rinofaringeo	1.980,00
29392	Neoplasie parafaringee	3.960,00
282	Tonsillectomia	1.620,00
28921	Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	1.440,00
28922	Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	3.780,00
27711	Ugulotomia	252,00
27791	Velofaringoplastica	1.800,00

LARINGE

31691	Adduttori, intervento per paralisi degli	3.150,00
3131	Ascesso dell'epiglottide, incisione	270,00
3143	Biopsia in laringoscopia	225,00
3143	Biopsia in microlaringoscopia	900,00
30092	Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	1.800,00
30221	Cordectomia	2.880,00
30222	Cordectomia con il laser	2.880,00
31982	Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	540,00
31983	Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	1.800,00
3021	Epiglottidectomia	2.970,00
30291	Laringectomia parziale	3.420,00
30292	Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	3.960,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
3031	Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	4.230,00
3041	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	4.950,00
3042	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	7.200,00
31984	Laringocele	1.800,00
3043	Laringofaringectomia totale	4.500,00
31693	Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	1.080,00
31694	Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	1.800,00
31692	Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	1.170,00
30091	Papilloma laringeo	630,00
31985	Pericondrite ed ascesso perilaringeo	630,00

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

39501	Arteriografia aorta addominale ed iliaca più angioplastica	2.250,00
39502	Arteriografia aorta addominale più angioplastica arteria renale	2.250,00
39533	Arteriografia aorta addominale più embolizzazione selettiva complessa (angiomi o fistole artero venose o aneurismi)	1.575,00
39591	Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori	2.880,00
39592	Arteriografia con alcoolizzazione di lesioni di qualsiasi organo	1.440,00
39593	Arteriografia con embolizzazione di aneurismi arterie periferiche	1.530,00
39594	Cavografia con posizionamento filtro cavale endoluminale temporaneo (compresa successiva rimozione) o definitivo	2.430,00
51981	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna	1.800,00
51983	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna con rimozione calcoli biliari, bilioplastica, posizionamento di endoprotesi multiple	3.420,00
51982	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare doppio o con endoprotesi	2.430,00
51102	Colangiopancreatografia (ercp) con papillosfinterotomia ed eventuale rimozione di calcoli, compreso eventuale sondino naso-biliare	2.970,00
51103	Colangiopancreatografia (ercp) con papillosfinterotomia e litotripsia e successiva rimozione di calcoli compreso eventuale sondino naso-biliare	3.600,00
51104	Colangiopancreatografia (ercp) con papillosfinterotomia, con protesi (metallo o plastica)	2.970,00
51101	Colangiopancreatografia operativa con eventuale posizionamento e/o rimozione di protesi, compreso esame, prestazione radiologica e prestazione del gastroenterologo	2.520,00
54911	Drenaggi percutanei TAC/ECO guidati di ascessi e/o raccolte fluide toraciche o addominali (compresi esami e prestazione radiologica)	1.350,00
56991	Dilatazione percutanea di stenosi ureterale con o senza posizionamento di stent	1.350,00
51111	Drenaggio biliare per via endoscopica	810,00
66991	Disostruzione tubarica monolaterale	1.800,00
66992	Disostruzione tubarica bilaterale	2.250,00
68291	Embolizzazione fibromiomi utero	1.800,00
38811	Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici	5.850,00
99291	Fibrinolisi occlusione arteriosa	1.080,00
88671	Flebografia spermatica con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna monolaterale	1.800,00
88672	Flebografia spermatica con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna bilaterale	1.980,00
87751	Pielografia monolaterale percutanea operativa con drenaggio	630,00
87752	Pielografia bilaterale percutanea operativa con drenaggio	900,00
84992	Termoablazione con radiofrequenza di metastasi ossee	2.880,00
39528	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	1.800,00
39529	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune di embolizzazione arteria ipogastrica	3.600,00
39112	TIPS Porto Sistemica Transgiugulare Intraepatica (shunt porto-sovraepatico)	4.500,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €

UROLOGIA

ENDOSCOPIA OPERATIVA

5601	Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	1.530,00
57411	Collo vescicale, interventi endoscopici disostruttivi	1.980,00
57491	Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	1.800,00
57992	Diatermocoagulazione di diverticoli vescicali	1.350,00
57492	Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	1.350,00
55113	Endopielolitotomia per stenosi del giunto pielo-ureterale	2.250,00
5602	Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	1.620,00
59791	Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	2.070,00
98511	Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	2.160,00
98512	Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	2.070,00
5611	Meatotomia ureterale (come unico intervento)	810,00
5811	Meatotomia uretrale (come unico intervento)	720,00
57493	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	2.250,00
56311	Pieloureteroscopia percutanea operativa	2.070,00
60211	Prostata, interventi con laser o metodiche interstiziali	2.070,00
60291	Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (TURP, TUVP)	3.330,00
56992	Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	1.575,00
56993	Stent ureterale, rimozione di	450,00
56891	Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	720,00
56892	Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	1.440,00
56851	Ureterocele, intervento endoscopico per	1.530,00
58311	Uretrotomia endoscopica (come unico intervento)	1.620,00
5851	Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	900,00
58394	Wall Stent per stenosi uretrali compresa cistostomia	3.150,00
5932	Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	2.340,00

RENE

55231	Agobiopsia renale percutanea	540,00
5524	Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	1.260,00
55921	Cisti renale per via percutanea, puntura di	270,00
55923	Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	405,00
55311	Cisti renale, resezione	3.600,00
5542	Eminefrectomia	6.300,00
5541	Lombotomia per ascessi pararenali	2.700,00
55591	Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)	7.200,00
5543	Nefrectomia polare	6.120,00
55521	Nefrectomia semplice	5.220,00
55041	Nefrolitotripsia percutanea monolaterale	3.870,00
55042	Nefrolitotripsia percutanea bilaterale	4.770,00
557	Nefropessi	2.520,00
55031	Nefrostomia percutanea monolaterale	1.350,00
55032	Nefrostomia percutanea bilaterale	1.710,00
55512	Nefroureterectomia radicale con linfoadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	7.200,00
55511	Nefroureterectomia radicale (compresa surrenectomia)	6.750,00
55111	Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	2.250,00
55922	Pielocentesi (come unico intervento)	450,00
55112	Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	3.015,00
55871	Pielouretero plastica per stenosi del giunto	4.500,00
0731	Surrenectomia (trattamento completo)	5.850,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	URETERE	
56842	Fistola uretero-intestinale, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.160,00
56843	Fistola uretero-intestinale, intervento con resezione intestinale ed anastomosi (qualsiasi tecnica)	2.700,00
56844	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.520,00
5675	Transuretero-ureteroanastomosi (come unico intervento)	2.160,00
5641	Ureterectomia segmentaria	2.160,00
56741	Ureterocistoneostomia monolaterale (come unico intervento)	3.240,00
56742	Ureterocistoneostomia bilaterale (come unico intervento)	3.600,00
56611	Ureterocutaneostomia monolaterale	1.620,00
56612	Ureterocutaneostomia bilaterale	2.250,00
56791	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	4.500,00
56792	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	6.750,00
56711	Uretero-ileo-anastomosi monolaterale (come unico intervento)	2.700,00
56712	Uretero-ileo-anastomosi bilaterale (come unico intervento)	2.880,00
56511	Ureteroileocutaneostomia non continente	3.150,00
56893	Ureterolisi più omentoplastica	1.260,00
56811	Ureterolitotomia lombo-iliaca	2.340,00
56812	Ureterolitotomia pelvica	2.880,00
56713	Ureterosigmoidostomia monolaterale	2.340,00
56714	Ureterosigmoidostomia bilaterale	2.700,00
	VESCICA	
59921	Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	1.350,00
5762	Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	2.700,00
5761	Cistectomia parziale semplice	2.250,00
57792	Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	6.750,00
57793	Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	6.300,00
57791	Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	5.850,00
57181	Cistolitotomia (come unico intervento)	1.350,00
57891	Cistopessi	3.600,00
57811	Cistorrafia per rottura traumatica	1.530,00
5721	Cistostomia sovrapubica (come unico intervento)	360,00
57851	Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	1.980,00
57991	Diverticulectomia	2.880,00
5786	Estrofia vescicale (trattamento completo)	7.020,00
57511	Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	2.700,00
57591	Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	2.250,00
57831	Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	3.150,00
57842	Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	2.700,00
5931	Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale	2.880,00
57871	Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	3.150,00
57882	Vescicoplastica antireflusso bilaterale	2.970,00
57881	Vescicoplastica antireflusso unilaterale	2.520,00
	PROSTATA	
6011	Agoaspirato/agobiopsia prostata (qualsiasi numero di prelievi, comprovato dal referto dell'esame istologico) ecoguidata	248,00
6018	Biopsia prostatica a saturazione (comprovato dal referto dell'esame istologico)	1.170,00
60611	Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.150,00
6051	Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)	7.650,00
60691	Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	4.050,00

Codice	Descrizione prestazione	Importo in €
	URETRA	
58921	Calcoli o corpi estranei, rimozione di	495,00
58391	Caruncola uretrale	405,00
58911	Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	1.800,00
58452	Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per	3.150,00
58451	Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per	3.330,00
58431	Fistole uretrali	2.160,00
58931	Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	1.980,00
58453	Ipospadia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica)	3.420,00
58471	Meatotomia e meatoplastica	900,00
58392	Polipi del meato, coagulazione di	585,00
58912	Prolasso mucoso uretrale	900,00
58491	Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	1.800,00
58492	Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	2.520,00
58411	Rottura traumatica dell'uretra	1.530,00
58393	Uretrectomia segmentaria	1.350,00
58395	Uretrectomia totale	1.980,00
58461	Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	3.150,00
58462	Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	4.680,00
58421	Uretrostomia perineale	1.350,00
	APPARATO GENITALE MASCHILE	
627	Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	495,00
6212	Biopsia testicolate a cielo aperto (come unico intervento)	1.170,00
62121	Biopsia testicolate monolaterale	698,00
62122	Biopsia tescticolate bilaterale	837,00
6321	Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi	1.620,00
64491	Corporoplastica (come unico intervento)	3.330,00
64991	Emasculatio totale ed eventuale linfoadenectomia	4.500,00
634	Epididimectomia	1.440,00
6401	Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per (solo se in presenza di fimosi certificata dal medico specialista)	900,00
61421	Fistole scrotali o inguinali	1.350,00
64492	Frenulotomia e frenuloplastica (solo se in presenza di fimosi certificata dal medico specialista)	360,00
63521	Funicolo, detorsione chirurgica del	1.350,00
6121	Idrocele, intervento per	1.530,00
6251	Orchidopessi monolaterale	1.980,00
6252	Orchidopessi bilaterale	2.700,00
62331	Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale	7.200,00
62332	Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale	9.000,00
62411	Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	1.710,00
6232	Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	2.070,00
6231	Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	2.520,00
64092	Parafimosi, intervento per (come unico intervento)	558,00
6431	Pene, amputazione parziale del	2.880,00
6433	Pene, amputazione totale con linfoadenectomia	7.200,00
6432	Pene, amputazione totale del	4.050,00
64981	Priapismo (percutanea), intervento per	1.620,00
64982	Priapismo (shunt), intervento per	2.430,00
64493	Sclerosi della fascia di Buck, intervento per (qualsiasi trattamento)	3.600,00
6131	Scroto, resezione dello	1.170,00
62991	Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	1.440,00
6311	Varicocele con tecnica microchirurgica	1.980,00
6312	Varicocele, intervento per	1.800,00

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA MEDICA IN DEGENZA PER RICOVERI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI

in vigore dal 1° gennaio 2027

Importi forfettari deliberati dal Consiglio di Amministrazione per i ricoveri medici in degenza senza intervento chirurgico. Gli importi si intendono per giorno di degenza autorizzata, fino al massimo di 10 giorni salvo proroghe autorizzate per iscritto da Ente Mutuo per la forma diretta o in caso di forma indiretta, per i giorni eccedenti il decimo, il riconoscimento dell'importo forfettario è rimesso alla valutazione di Ente Mutuo sulla base della documentazione sanitaria prodotta dall'assistito. Riferimento regolamento: Artt. 10.2.2 e 10.2.3

FORMA DI ASSISTENZA	MODALITÀ DIRETTA	MODALITÀ INDIRETTA
C e D	€ 300,00	€ 250,00
Dplus	€ 400,00	€ 350,00

NOMENCLATORE TARIFFARIO DEI CONSULTI

in vigore dal 1° gennaio 2027

Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi per consulti medici in degenza effettuati in strutture sanitarie non convenzionate. Riferimento regolamento: Art. 10.2.2 Forma tipo C, D.

TIPO DI PRESTAZIONE SANITARIA	IMPORTO
Consulto medico (Consulenza interna di altro reparto o esterna, effettuata durante il ricovero dell'assistito e richiesta da un medico dell'équipe del reparto che ha in cura il paziente, documentata in cartella clinica, per approfondimento del quadro clinico o per l'insorgenza di complicanze)	€ 100,00

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE SALE OPERATORIE

in vigore dal 1° gennaio 2027

Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi per l'uso della sala operatoria - uso sale dedicate - uso apparecchi speciali in sala operatoria - uso strumenti ad alto costo per interventi effettuati in strutture sanitarie non convenzionate. Riferimento regolamento: Art. 10.2.2 Forma tipo C, D.

TIPO DI SALA OPERATORIA	IMPORTO
Uso di sala per interventi di chirurgia ambulatoriale se eseguiti in strutture sanitarie autorizzate. La tariffa comprende anche il costo dei materiali, farmaci, anestetici, apparecchiature ed eventuali endoprotesi.	Con tariffa di riferimento dell'intervento fino a € 500,00: € 150,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 500,01 a 1.000,00: € 200,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 1.000,01 a 2.000,00: € 300,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento oltre € 2.000,01: € 400,00
Uso di sala operatoria in regime di ricovero diurno (day surgery) per interventi chirurgici eseguiti in anestesia, compreso l'uso di qualsiasi apparecchiatura non specificatamente descritta. Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali.	Con tariffa di riferimento dell'intervento fino a € 500,00: € 150,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 500,01 a 1.000,00: € 200,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 1.000,01 a 2.000,00: € 300,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento oltre € 2.000,01: € 400,00
Uso di sala operatoria in regime di ricovero ordinario per interventi chirurgici eseguiti in anestesia (compreso l'uso di qualsiasi apparecchiatura non specificatamente descritta). Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali.	Con tariffa di riferimento dell'intervento fino a € 500,00: € 200,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 500,01 a 1.000,00: € 300,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 1.000,01 a 1.500,00: € 450,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 1.500,01 a 2.000,00: € 500,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 2.000,01 a 2.500,00: € 600,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento da € 2.500,01 a 3.500,00: € 750,00 Con tariffa di riferimento dell'intervento oltre € 3.500,01: € 900,00
Uso sala parto	€ 400,00
Uso di sala operatoria per esami/atti invasivi (emodinamica - angiografia - radiologia interventistica) che ne richiedano l'uso. La tariffa non si somma agli altri riferimenti tariffari per l'uso della sala operatoria.	€ 300,00
Uso di sala operatoria per interventi di cardiochirurgia in circolazione extra corporea C.E.C. (compreso uso di apparecchiature speciali). La tariffa non si somma agli altri riferimenti tariffari per l'uso della sala operatoria.	€ 3.000,00
Uso sala ambulatoriale dedicata per endoscopie operative	€ 100,00

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE DEGENZE

in vigore dal 1° gennaio 2027

Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi per i giorni di degenza in strutture sanitarie private non convenzionate.
Riferimento regolamento: Art. 10.2.2 Forma tipo C, D.

RETTA DI DEGENZA	IMPORTO
Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno (ordinario) con o senza intervento chirurgico in camera con letto singolo e secondo letto o divano letto per l'accompagnatore	€ 200,00
Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero diurno (day hospital per terapie mediche oncologiche e day surgery per interventi chirurgici)	€ 100,00
Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno (ordinario) in reparto di terapia intensiva / rianimazione / unità coronarica / sala asettica, comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore) con paziente solitamente intubato e dell'uso di apparecchiature speciali. La retta è omnicomprensiva ad eccezione di materiali, medicinali ed esami diagnostici.	Per il primo giorno: € 800,00 Dal secondo giorno in poi: € 650,00
Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno (ordinario) in reparto di terapia subintensiva, comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, dell'assistenza infermieristica continua (24 ore), monitoraggio 24 ore/telemetria, dell'assistenza medica non continuativa con paziente non intubato e dell'uso di apparecchiature speciali. La retta è omnicomprensiva ad eccezione di materiali, medicinali ed esami diagnostici.	€ 300,00

CHECK-UP (Forma tipo D*plus*)

in vigore dal 1° gennaio 2027

Modo di erogazione: solo in forma diretta nei centri convenzionati
Limite temporale: uno ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione.
Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito del 20%, mentre l'80% è a carico di Ente Mutuo e non grava sul massimale.
Riferimento regolamento: Art. 10.3.5

STRUTTURE PRESSO LE QUALI SI POSSONO EFFETTUARE CHECK-UP IN FORMA DIRETTA	
BIONICS S.R.L.	Largo Cairoli, 2 - Milano
BIONICS S.R.L. - BICOCCA	Via Temolo, 3 - Milano
BIONICS S.R.L. - PORTELLO	Via Grosotto, 7 - Milano
BIONICS S.R.L. - CDI LAVATER	Via Omboni, 8 - Milano
BIONICS SRL - CITY LIFE	Piazza Tre Torri, U1.10-1N12 - Milano
BIONICS SRL - NAVIGLI	Viale Liguria, 23 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Saint Bon, 20 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Torino, 8 - Cernusco sul Naviglio (MI)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA - LARGO AUGUSTO	Corso di Porta Vittoria, 5 - Milano
CLINICA SAN MARTINO SRL	Via Paradiso ang. Via Selvetta, 1 - Malgrate (LC)
H. SAN RAFFAELE RESNATI SRL	Via Respighi, 2 - Milano
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO **ISTITUTO SCIENTIFICO OSPEDALE SAN MICHELE**	Via L. Ariosto, 13 - Milano
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO **CENTRO DIAGNOSTICO E DI RICERCA MEDA**	Via Umberto Pace, 18 - Meda (MB)
SYNLAB ITALIA SRL	Via Martiri delle Foibe, 1 - Monza
SYNLAB ITALIA SRL	Corso Carlo Alberto, 76/B - Lecco
SYNLAB ITALIA SRL	Viale Innocenzo XI, 70 - Como

La scelta di un tipo di check-up esclude l'erogazione di ogni altro.

Per ottenere la prestazione l'assistito deve presentare una prescrizione medica con richiesta di check-up (non occorre la diagnosi trattandosi di medicina preventiva) a Ente Mutuo che rilascerà apposita autorizzazione.

NOTE

NOTE

NOTE

SALUTE E BENESSERE DEDICATI AGLI ASSOCIATI CONFCOMMERCIO IN LOMBARDIA

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS, nasce nel 1955 nell'ambito dell'allora Unione Commercianti; non ha scopo di lucro e ha per oggetto l'assistenza sanitaria dei propri iscritti. Ente Mutuo è riservato agli Imprenditori e Professionisti iscritti alle Associazioni aderenti a Confcommercio Milano - Lodi - Monza e Brianza e alle altre Confcommercio della Lombardia. Nel dicembre del 2009 Ente Mutuo ha ottenuto la Certificazione di Qualità. Le attività svolte, i servizi offerti, le Strutture convenzionate nel corso di 70 anni sono aumentate a tal punto che oggi Ente Mutuo si pone a pieno merito tra le prime assistenze sanitarie integrative a livello nazionale.

I nostri punti di forza

- Fedele - Assiste i Soci per tutta la vita
- Veloce - Minori tempi d'attesa per visite, ricoveri o esami
- Vantaggioso - Detraibile fiscalmente
- Economico - Rispetto alla maggior parte delle assicurazioni sanitarie
- Esclusivo - Riservato ai Soci Confcommercio Lombardia

Le nostre nuove proposte per la tutela della tua salute

SILVER

Copertura ambulatoriale pensata per affrontare le routine di natura sanitaria: offre tutele legate a visite, diagnostica, esami di laboratorio, odontoiatria e terapia fisica.

GOLD

La soluzione più equilibrata tra le nostre coperture, scelta da chi desidera affiancare alla tutela **ambulatoriale** una protezione **ospedaliera** dedicata, con un modello di assistenza solido e adatto anche a bisogni sanitari più complessi.

PLATINUM

La nostra soluzione più completa, studiata per chi desidera una **protezione sanitaria ampia** e strutturata per sé e per la propria famiglia, con coperture rafforzate, maggiore estensione dei servizi e condizioni di accesso più vantaggiose.

CARE

La forma **«entry level»** Ente Mutuo: **senza limiti di età, attiva 24 ore dopo la sottoscrizione**, offre **accesso agevolato** a tutte le strutture convenzionate Ente Mutuo e assistenza 24/7 con centrale medica (3 volte/anno). Aggiunge la possibilità di richiedere un contributo di 120 € per il **rimborso di lenti correttive** oppure un **check up preventivo** ogni 2 anni presso i centri convenzionati.

I nostri numeri

- **7** diverse formule di copertura
- **800** medici e strutture sanitarie convenzionate
- **25.000** iscritti
- **250.000** prestazioni erogate ogni anno

I nostri servizi

- Visite specialistiche
- Esami diagnostici
- Odontoiatria
- Terapia fisica
- Ricoveri in forma diretta e indiretta
- Rimborso ticket e altri contributi
- Assistenza 24 ore su 24

Le sedi

Milano - Corso Venezia, 49 - Salone Piano Terreno
Orario sportello: da lunedì a giovedì 8:30 - 16:30
venerdì 8:30 - 15:30
Numero di telefono unico: 02 7750950

Como - Via Ballarini 12
Orario sportello: da lunedì a venerdì
8:30 - 12:30 • 14:00 - 17:00
Numero di telefono: 031 2441

Lecco - Piazza Garibaldi 4
Orario sportello: da lunedì a giovedì 8:30 - 12:30 • 14:00 - 18:00
venerdì 8:30 - 12:30 • 14:00 - 16:30
Numero di telefono: 0341 356911

Bergamo - Via Borgo Palazzo 137
Orario sportello: da lunedì a venerdì 8:45 - 12:00 • 14:15 - 17:00
Numero di telefono: 035 4120303

Uffici distaccati di Milano:

CDM Health Care – Casa di Cura San Camillo
Via Mauro Macchi 5 - tel. 02 67071816
da lunedì a giovedì 8:30 - 12:30 • 13:00 - 16:30
venerdì 8:30 - 12:30 • 13:00 - 15:30

Centro Diagnostico Italiano
Via Saint Bon 20 - tel. 02 78637592
lunedì, mercoledì, venerdì 8:30 - 13:30
martedì, giovedì 8:30 - 13:15 • 13:45 - 16:30

Uffici provinciali presso le Associazioni Territoriali di Confcommercio Imprese per l'Italia - Milano, Lodi, Monza e Brianza

Abbiategrasso - Via Annoni 14	tel. 02 94967383
Binasco - S.S. dei Giovi 8	tel. 02 9055219
Bollate - Via degli Alpini 4	tel. 02 3502814
Bresso - Via Patellani 58/60	tel. 02 66501379
Cassano d'Adda - Via Verdi 5	tel. 0363 61503
Castano Primo - Corso San Rocco 1	tel. 0331 880691
Cernusco S/N - Via 25 Aprile 3	tel. 02 9230715
Cinisello Balsamo - Via Frova 34	tel. 02 66049259
Corsico - Via della Liberazione 26/28	tel. 02 4479582
Desio - Via Diaz 8	tel. 0362 624541
Gorgonzola - Piazza S. Francesco 2	tel. 02 9513320
Legnano - Via XX Settembre 12	tel. 0331 440335
Lissone - Via San Carlo 13	tel. 039 482045
Magenta - Via Volta 62	tel. 02 97298074
Melegnano - Via Pertini 18/24	tel. 02 9830768
Melzo - Passaggio pedonale Turati 6	tel. 02 9550084
Monza - Via De Amicis 9	tel. 039 360771
Paderno Dugnano - Piazza G. Matteotti 7	tel. 02 9181247
Rho - Via XXV Aprile 6	tel. 02 9303480
Rozzano - Via Mimose 63	tel. 02 8257653
Segrate, Fraz. Rovagnasco - Via Monzese 20	tel. 02 2134518
Seregno - Via Mariani Augusto 10	tel. 337 1104492
Sesto S. Giovanni - Viale Marelli 5	tel. 02 2621679
Seveso - Corso Marconi 35	tel. 0362 506724
Vaprio d'Adda - Via Vanvitelli 32	tel. 02 90966402
Vimercate - Largo Pontida 5/9	tel. 039 6850839

Unione Confcommercio Lodi
Lodi - Via Haussmann 1/B tel. 0371 432106

Per un preventivo gratuito www.entemutuomilano.it