

REGOLAMENTO DELLE FORME DI ASSISTENZA



ARTICOLI DA 1 A 13 E ALLEGATI DA 1 A 10 DEL REGOLAMENTO
IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2027



**ENTE MUTUO
REGIONALE**
ASSISTENZA SANITARIA



Conf
com



Confcommercio
Milano Lodi Monza Brianza

SOMMARIO

ARTICOLI DA 1 A 13 DEL REGOLAMENTO	pag. 1
ALLEGATI DA 1 A 10 DEL REGOLAMENTO	pag. 13
Allegato 1 Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per "assistenza specialistica ambulatoriale e altri contributi"	pag. 15
Allegato 2 Modulo per richiesta di autorizzazione per visita specialistica in assenza di prescrizione medica	pag. 17
Allegato 3 Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per "assistenza ospedaliera"	pag. 19
Allegato 4 Importi e modalità di Erogazione delle prestazioni Sanitarie (Delibera Consiglio di Amministrazione)	pag. 21
Allegato 5 Nomenclatore tariffario dei rimborsi ai soci per le prestazioni di "assistenza specialistica ambulatoriale" in modalità indiretta	pag. 23
Allegato 5 Bis Scheda riepilogativa delle prestazioni di fisioterapia	pag. 29
Allegato 6 Nomenclatore tariffario dei rimborsi ai soci per le prestazioni odontoiatriche in modalità indiretta	pag. 31
Allegato 7 Norme per l'erogazione in modalità diretta e indiretta delle prestazioni odontoiatriche	pag. 32
Allegato 8 Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche	pag. 35
Allegato 9 Nomenclatore dell'assistenza ospedaliera - Interventi chirurgici	pag. 37
Allegato 10 Strutture presso le quali si possono effettuare checkup in modalità diretta	pag. 63



REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo



Articoli da 1 a 13 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 13 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 ad Ente Mutuo in qualità di Soci gli operatori e liberi professionisti (persone fisiche titolari e contitolari di imprese, compresi i soci di società di persone, ovvero imprenditori, professionisti e lavoratori autonomi), che siano in possesso dei requisiti per iscriversi alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Imprese per l'Italia - 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, purché siano in attività, la domanda sia compilata sui moduli editi da Ente Mutuo e completa in ogni sua parte, siano allegati tutti i documenti in essa richiesti e infine sia stata accolta con decisione insindacabile del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15, comma 4, lett. f., dello Statuto, qualora nominato.

Possono iscriversi in qualità di Soci anche:

- a) Coloro che in passato siano stati iscritti alle Associazioni aderenti a Confcommercio e che siano già stati iscritti ad Ente Mutuo per il periodo di tempo indicato nel "Regolamento Attuativo";
- b) Coloro che, 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, facendone domanda, ottengano parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15 bis, comma 4, lett. F. dello Statuto, qualora nominato.

ART. 3 - ISCRIZIONE

L'iscrizione è ammessa sino al sessantaduesimo anno di età. L'iscrizione a Ente Mutuo è obbligatoria per un periodo minimo di tre anni solari successivi a quello di iscrizione e, successivamente, si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta da comunicare a Ente Mutuo a mezzo di lettera raccomandata o, in alternativa, a mezzo posta elettronica certificata che dovrà pervenire a Ente Mutuo entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in cui si comunica la disdetta. Il predetto termine è perentorio. Si rimanda all'Art. 7 del Regolamento Attuativo dove sono indicati gli effetti del recesso. La domanda di iscrizione deve essere presentata debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente, sui moduli predisposti da Ente Mutuo, allegando tutta la documentazione richiesta con l'indicazione della forma di assistenza prescelta ed ammessa in relazione all'età. Con la domanda di iscrizione il Socio deve indicare l'elenco di tutti i componenti del nucleo familiare che obbligatoriamente devono essere compresi ed iscritti a Ente Mutuo. Ogni variazione del nucleo familiare, così come dichiarato all'atto dell'iscrizione, deve essere comunicata e denunciata per iscritto a Ente Mutuo entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui si verifica la variazione (a titolo esemplificativo: nascita di eventuali figli e/o matrimoni), pena la decadenza dal diritto all'assistenza. È facoltà di Ente Mutuo, in caso di omessa denuncia, risolvere il rapporto associativo. Non è prevista né consentita alcuna forma di sospensione dell'iscrizione a Ente Mutuo. L'iscrizione, infatti, è estesa a tutti i membri del nucleo familiare del Socio che diventano "Aventi Diritto" dei servizi e delle prestazioni medico-sanitarie; tale obbligo può venir meno solo per quel membro del nucleo familiare già iscritto ad altra assistenza sanitaria integrativa, purché ne fornisca la prova documentale. Ai fini della validità dell'iscrizione degli Aventi Diritto e della conseguente decorrenza del diritto alle prestazioni, fa fede unicamente la dichiarazione scritta del Socio con cui viene comunicata la variazione del nucleo familiare. Ente Mutuo si riserva di richiedere ulteriore documentazione in merito alla composizione del nucleo familiare.

ART. 4 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI O INTEGRATIVI

Tutti i contributi dovuti dai Soci per sé e per l'estensione agli "Aventi Diritto" della forma di assistenza prescelta, devono essere corrisposti anticipatamente dal Socio secondo le modalità ed i termini di anno in anno stabiliti dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo, così come previsto dallo Statuto. I Contributi, visibili all'interno dell'area riservata sul sito www.entemutuomilano.it, 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'Articolo 2, comma secondo, lettera a) e b) del presente Regolamento è previsto un contributo aggiuntivo, detto integrativo, nella misura stabilita di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo. È facoltà di Ente Mutuo, in

caso di iscrizione del Socio a Confcommercio, rinunciare, per il solo anno in cui viene presentata ed accettata la domanda di iscrizione, al contributo integrativo.

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 di Ente Mutuo. Ai Soci che non risulteranno più iscritti da almeno un anno alle Associazioni costituenti o aderenti alla Confcommercio Imprese per l'Italia - Associazioni Provinciali della Lombardia, nonché alle Associazioni costituenti Confcommercio a carattere Interprovinciale, Regionale Interregionale, Nazionale con sede anche se solo operativa in Lombardia verrà applicato il contributo integrativo. Sarà loro cura verificare la loro posizione negli elenchi delle Associazioni sopracitate. Nel caso risultino iscritti con altra ragione Sociale o diversa Società, dovranno darne comunicazione ad Ente Mutuo che provvederà allo storno della quota integrativa per l'anno in cui avvenga tale comunicazione.

ART. 5 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

L'erogazione di sussidi per spese sanitarie e di trattamenti e prestazioni socio sanitarie, 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 avisare 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 socio sanitarie.

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 all'assistenza sanitaria. 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 tramite raccomandata A/R, o qualora ne siano dotati a mezzo di posta elettronica certificata, al Socio all'ultimo domicilio noto a Ente Mutuo. L'assistenza sanitaria 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. Il Socio receduto 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 socio-sanitarie 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. 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 SILVER

Le forme di assistenza **SILVER**, e sue varianti, offerte da Ente Mutuo sono disciplinate dal presente Regolamento e dai rispettivi allegati. Al momento dell'iscrizione il Socio deve indicare, nella modulistica consegnata da Ente Mutuo, la forma di assistenza di cui intende usufruire, unica per tutto il proprio nucleo familiare. Eventuali richieste di variazione del tipo di forma di assistenza devono essere presentate dal Socio con apposita modulistica, sempre che ne sussistano i presupposti, al Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo che delibererà in merito entro il 31 ottobre di ciascun anno. In caso di accettazione alla variazione della forma di assistenza, la nuova forma di assistenza richiesta dal Socio avrà decorrenza dal primo gennaio dell'anno successivo. Ogni variazione del tipo di forma di assistenza è consentita, nel rispetto dei limiti di età previsti dall'Art. 3, dopo un periodo minimo di iscrizione continuativa a Ente Mutuo di cinque anni solari decorrente dalla prima iscrizione o dalla successiva variazione di forma e previo parere favorevole della Direzione. La Direzione, al fine di istruire la domanda, è autorizzata ad effettuare gli accertamenti che riterrà più opportuni. Gli iscritti che abbiano già compiuto il cinquantacinquesimo anno di età non potranno richiedere il passaggio alla forma di assistenza più completa. Per il passaggio dalla forma **SILVER** ad una forma superiore (**GOLD**, **GOLD 20** o **PLATINUM**, **PLATINUM 20** - i cui Regolamenti sono visibili e scaricabili sul sito www.entemutuomilano.it), il diritto alle prestazioni decorre dopo 90 giorni per l'assistenza ospedaliera e 300 giorni per l'espletamento del parto come specificato nell'Art. 6. Le patologie preesistenti saranno assoggettate alle regole della forma di assistenza precedente (ai sensi dell'Art. 11 - punto 008 del vigente Regolamento).

ART. 10 - PRESTAZIONI PER ASSISTENZA AMBULATORIALE

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 ospedaliera indiretta, è onere dell'iscritto, anche tramite delegato, informare Ente Mutuo del ricovero ospedaliero e richiedere la proroga del ricovero direttamente a Ente Mutuo. In caso di assistenza ospedaliera diretta presso strutture convenzionate, la richiesta di proroga del ricovero 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 del ricovero 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 del ricovero richiesta. L'erogazione delle prestazioni avviene secondo 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.a) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale modalità diretta

Le prestazioni medico specialistiche ambulatoriali 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 l'autorizzazione dopo che le prestazioni siano già state fruite. La richiesta, o referto, deve necessariamente rimanere allegata all'autorizzazione.

■ 10.1.b) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale modalità indiretta

Le prestazioni medico specialistiche ambulatoriali indirette erogate da medici o strutture non convenzionate vengono rimborsate a tariffario per tutte le forme **SILVER** (Allegato 4-5-6-7); per la forma **SILVER 20**, **SILVER 20i** le prestazioni vengo-

no rimborsate fino a quando il massimale di spesa non viene superato (Allegato 4), presentando all'ufficio rimborsi le fatture e compilando il modulo necessario per la presentazione delle stesse ove è richiesto (Allegato 1). Al superamento del massimale prefissato per la forma **SILVER 20** e **SILVER 20i**, non saranno più previsti rimborsi ambulatoriali, fatta eccezione dei ticket di esami di laboratorio e contributi per altre prestazioni (Allegato 4).

■ 10.1.1 Visite specialistiche

È possibile effettuare 1 visita specialistica nell'anno solare per ogni branca specialistica richiedendole presso le strutture convenzionate attraverso apposito modulo (Allegato 2). Si precisa che, dalla seconda visita della 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 occupi 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 negli Artt. 10.1.4 e 10.1.5 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 – Quote a carico". 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

Le altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia diagnostica, prestazioni di laboratorio, prestazioni di diagnostica strumentale, terapia fisica, respiratoria e riabilitativa) sono erogate in modalità diretta presso strutture convenzionate, per l'intero arco dell'anno solare entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo (Allegato 4), su richiesta o referto del medico curante (medico di base/specialista) con validità di 12 mesi dalla data del rilascio. In caso di superamento dei massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo si applicano le quote a carico descritte negli Artt. 10.1.4 e 10.1.5 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 – Quote a carico". 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; ☐ Ginnastica Propriocettiva e posturale;
☐ Riabilitazione Post-operatoria; ☐ Riabilitazione Post-traumatica;
☐ Rieducazione Neuromotoria; ☐ Trattamento osteopatico (solo in modalità indiretta massimo 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 l'anno solare.
- ☐ Tecarterapia, erogate con un limite di 10 prestazioni l'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 limite 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.

Per le prestazioni di laboratorio di analisi in modalità diretta è previsto, all'interno del massimale di spesa individuale annuo, un massimale annuo di spesa pari a € 100,00, superato tale importo il Socio avrà a proprio carico il 100% della spesa eccedente. 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 modalità 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.

■ 10.1.3) Prestazioni odontoiatriche

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute da Ente Mutuo in modalità diretta presso le strutture convenzionate, entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (Allegato 4). In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte negli Artt. 10.1.4 e 10.1.5 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 – Quote a carico" 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;
- 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).

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 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 SILVER, SILVER i

Qualora nel corso dell'anno solare il totale del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate presso le 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 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.

■ **10.1.5) Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3 - Quote a carico SILVER 20, SILVER 20i.**

Le forme **SILVER 20, SILVER 20i** prevedono una quota a carico pari al 20% sulle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate presso le strutture sanitarie convenzionate; superato il massimale prefissato annualmente dal Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo, l'assistito dovrà corrispondere il 100% sulle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate in strutture sanitarie convenzionate. 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 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 a fronte di emissione di regolare fattura.

■ **10.2) Assistenza Ospedaliera**

■ **10.2.1) Per i soli iscritti alle forme SILVER i e SILVER 20i**

Il socio e/o l'Avente Diritto iscritto a una delle forme di Assistenza **SILVER** che prevedono l'Assistenza Ospedaliera agevolata, una volta stabilito con il medico curante il ricovero o l'intervento ambulatoriale da eseguirsi presso la Struttura Sanitaria prescelta tra quelle convenzionate, dovrà recarsi presso l'ufficio Assistenza Ospedaliera di Ente Mutuo con certificato medico indicante la tipologia di intervento e/o ricovero che dovrà effettuare e per il quale richiede documento di autorizzazione ("Autorizzazione Ospedaliera"). Tale documento dovrà essere consegnato direttamente dal Socio e/o Avente Diritto alla Struttura prescelta, la quale applicherà le tariffe o la scontistica concordata con Ente Mutuo, per quanto concerne la relativa prestazione indicata e quant'altro ad essa direttamente correlato (a titolo esemplificativo: degenza, sala operatoria, accertamenti diagnostici in degenza, ecc.). La Struttura fatturerà l'intero corrispettivo dovuto al Socio o all'Avente Diritto, che pagherà direttamente ad essa senza poter richiedere il relativo rimborso a Ente Mutuo tranne per quanto indicato nel punto "Partecipazione alla spesa". A evento concluso il Socio o l'Avente Diritto invierà a Ente Mutuo, tramite mail all'indirizzo assistenzaospedaliera@entemutuomilano.it, copia della/delle fatture, cartella clinica, lettera di dimissione e/o descrizione intervento ed eventuale esito esame istologico se presente, per la richiesta del contributo previsto nell'Art. 10.2.2. In deroga all'Articolo 6, per le sole forme **SILVER i e SILVER 20i**, i Soci potranno chiedere "l'Autorizzazione Ospedaliera" decorse 24 ore dall'iscrizione.

■ **10.2.2) 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 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) e copia libera delle fatture quietanzate, fatta eccezione per la sola copia conforme della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/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.

■ **10.3) Altri Contributi**

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

■ **10.3.1) Contributo di natalità**

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 ad Ente Mutuo entro 30 giorni dalla nascita e che almeno uno dei due genitori sia iscritto ad Ente Mutuo. Il contributo di natalità non è cumulabile con la "Partecipazione alla Spesa" di cui all'Art. 10.2.2; è riconosciuto il maggior importo a vantaggio dell'assistito.

■ **10.3.2) Trasporto con autoambulanza**

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**

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

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 Prevenzione

È riconosciuto da Ente Mutuo esclusivamente in modalità diretta ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione, presso le strutture sanitarie convenzionate, (Allegato 10). L'erogazione di un tipo di check-up, conforme alla forma di assistenza, 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.

■ 10.3.6) Ticket

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 simili 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 simili 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 non rimborserà il costo dei ticket relativi a prestazioni sanitarie erogate in regime di: Day Hospital, Day Surgery, Ricoveri Ordinari, Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), BOCA, Chirurgia Ambulatoriale.

■ 10.3.7) Pacchetto Gravidanza

Ente Mutuo riconosce alle assistite in stato di gravidanza un contributo aggiuntivo e autonomo rispetto al massimale di assistenza specialistica ambulatoriale della forma prescelta, destinato alla copertura delle spese del percorso nascita di seguito indicate. Il Pacchetto Gravidanza è riconosciuto esclusivamente in forma indiretta, mediante rimborso della spesa effettivamente sostenuta e documentata da fattura quietanzata, entro il massimale previsto. Il contributo ha valore per singolo evento e non su base annuale. È fruibile in forma parziale anche nei casi di interruzione della gravidanza, sia spontanea sia necessaria per documentate ragioni cliniche.

Rientrano nel contributo le seguenti prestazioni, ciascuna documentata da fattura quietanzata:

- visite ostetriche/ginecologiche
- Visite anestesilogiche
- Tutte le visite specialistiche finalizzate al monitoraggio/controllo della salute della gestante e del feto
- Ecografie ostetriche
- Accertamenti diagnostici
- Analisi di laboratorio (analisi clinico-chimiche e microbiologiche)
- Indagini genetiche compreso amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale, Bi-Test e procedura completa per Test del DNA Fetale, riconosciuti dal Ministero della Salute.
- Accompagnamento ostetrico al parto

Il massimale del Pacchetto Gravidanza è stabilito dal Consiglio di Amministrazione e riportato nell'Allegato 4. Non concorre al calcolo del massimale individuale annuo di assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'Art. 10.1.4, né è soggetto alle quote a carico ivi previste. Le spese ammissibili sono rimborsate integralmente entro il massimale previsto; sono in ogni caso esclusi dal rimborso gli importi relativi alle marche da bollo.

Per ottenere il contributo l'assistita deve presentare apposita richiesta di rimborso (Allegato 1), corredata da:

- Certificato medico attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e della data presunta del parto ed eventuali aggiornamenti sulla data presunta a seguito dei controlli in itinere;
- Estratto di certificato di nascita
- Fatture quietanzate delle prestazioni fruitive, dalle quali risulti la tipologia di prestazione effettuata.

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.
- 009.** Malattie sessualmente trasmissibili e patologie ad esse correlate.
- 010.** Protesi d'anca e di ginocchio salvo che siano decorsi 5 anni dalla data di iscrizione o dal cambio di forma a una superiore (Art. 10.2).
- 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.
- 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 (Allegato 5).
- 029.** Interventi chirurgici addominali che vengono eseguiti per finalità estetiche: addominoplastica, laparocoele, ernia ombelicale, etc...
- 030.** Intervento di ernia discale salvo che siano decorsi 2 anni dall'iscrizione.
- 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 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/SILVER** 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 Vice Presidente Delegato, in forza della delega conferita dal Consiglio di Amministrazione, nel rispetto del principio di mutualità al quale si conforma l'operato di Ente Mutuo.

ART. 13 - 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 Ente Mutuo entro il giorno 10 dei mesi di marzo - maggio - luglio - novembre ed entro la fine dei mesi di gennaio e settembre. 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 il Socio 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 dal Socio e nei limiti del Nomenclatore tariffario vigente, la differenza tra il costo delle prestazioni sanitarie di cui abbia fruito il Socio e gli importi oggetto di liquidazione da parte della compagnia di assicurazione, fino a quanto previsto dalla forma di assistenza dell'associato. Il Socio, 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. Resta inteso che per polizza assicurativa e/o compagnia di assicurazione si deve intendere qualsiasi forma di assistenza sanitaria privata diversa da Ente Mutuo.

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 visibile e scaricabile dal sito **www.entemutuomilano.it**.



REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo



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



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 dell'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 emittente. 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:
 - L'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.



**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 un solo tipo di visita specialistica per ogni modulo):

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

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

☐ *** Visita di Controllo**

*** Visita di Controllo**, dove prevista, si intende una visita effettuata **entro 40 giorni** 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

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



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 INDIRECTA**

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

ALTRA DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA PER ASSISTENZA OSPEDALIERA INDIRECTA

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.

.....

Per consentire ad 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)

Codice IBAN

Intestazione completa del conto corrente

_____ / _____ / _____ _____
 Data Firma del Titolare della tessera

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 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	€ 510,00
Da 50 a 59 anni	€ 510,00
Da 60 anni ed oltre	€ 510,00

Forma tipo 20 Riferimento regolamento: Art. 10.1.5

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

ANNI	MASSIMALI
Da 0 a 49 anni	€ 700,00
Da 50 a 59 anni	€ 700,00
Da 60 anni a 69 anni	€ 700,00
Da 70 anni ed oltre	€ 700,00

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 OSPEDALIERA

Forma tipo Riferimento Regolamento: Art. 10.2.2

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 giornaliero 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).

CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI

Contributo di natalità tipo

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 ad Ente Mutuo

Trasporto autoambulanza tipo

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

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.

Pacchetto gravidanza tipo

Riferimento Regolamento: Art. 10.3.7

PRESTAZIONE	MASSIMALE PER EVENTO
Pacchetto Gravidanza	€ 700,00

Documentazione da presentare: modulo richiesta rimborsi (Allegato 1); documentazione sanitaria attestante lo stato di gravidanza; fatture quietanzate delle prestazioni fruite.

Apparecchi ortodontici tipo

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 INDIRECTA

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 anestesilogica	50,00
89015	Visita anestesilogica 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
8974A	Visita Idoneità Sportiva Agonistica e/o non Agonistica (massimo 1 volta per anno solare - fino al 18°anno di età)	35,00

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	Elettro-neurografia (ENG) velocità di conduzione nervosa motoria per nervo	20,00
93092	Elettro-neurografia (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

[illegible]

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 pulpale, 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 Assistenti 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 dell'Ente e scaricabile dal sito dell'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 dell'Ente che per posta elettronica.

L'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 dell'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 dell'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 dell'Ente Mutuo (Allegato 6).

In particolare, anche se sono fatturati a carico dell'assistito da parte dell'odontoiatra, non sono rimborsabili:

- ☐ Intarsi
- ☐ Trattamenti di apicificazione
- ☐ 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 chinesigrafica, 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 dell'Ente 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 dell'Ente massimo 1 volta per ogni quadrante ogni 6 mesi.
- ☐ Levigatura radicolare: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 2 volte per ogni quadrante nell'anno solare.
- ☐ Courettage gengivale: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente massimo 1 volta per ogni quadrante nell'anno solare.
- ☐ Gengivectomia o Gengivoplastica: prestazione rimborsabile o erogabile a carico dell'Ente 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

[illegible]

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 Assistenti 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 DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

in vigore dal 1° gennaio 2027

IL NOMENCLATORE È SUDDIVISO NELLE SEGUENTI PARTI

NOMENCLATORE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

PREMESSE:

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.

Per trattamento completo si intende anche l'eventuale neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale

NOMENCLATORE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

in vigore dal 1° gennaio 2027

Codice	Descrizione prestazione
CARDIOCHIRURGIA	
37991	Stand by cardiocirurgico (presenza intera équipe) per interventi di cardiologia interventistica, salvo i casi descritti
3618	Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
3611	Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
37993	Cardiocirurgia 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
37994	Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
37995	Cisti del cuore o del pericardio
35021	Commisurotomia per stenosi mitralica
3761	Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso
3712	Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento
36091	Embolectomia con Fogarty
3741	Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
39531	Fistole arterovenose del polmone, interventi per
3791	Massaggio cardiaco interno
37311	Pericardiectomia parziale
37312	Pericardiectomia totale
370	Pericardiocentesi
39611	Reintervento con ripristino di C.E.C.
35831	Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo
35292	Sostituzione valvolare in heart port
35291	Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
35991	Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)
3519	Valvuloplastica cardiocirurgia
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
37331	Ablazione transcateretere
36021	Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensivo di eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents
36051	Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensivo di eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents
37251	Biopsia endomiocardica destra

Codice	Descrizione prestazione
37252	Biopsia endomiocardica sinistra
3723	Cateterismo destro e sinistro e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra0
37221	Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro
37222	Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro
3794	Defibrillatore, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espanto
3727	Mappaggio elettromeccanico endocavitario, qualsiasi metodica
37801	Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espanto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateteri e programmazione elettronica del pace maker
3778	Pace maker, impianto temporaneo e relativo espanto (come unico intervento)
363	Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica
37893	Sostituzione generatore pace maker definitivo
37992	Stand by cardiocirurgico (presenza intera équipe) salvo i casi descritti
3726	Studio elettrofisiologico endocavitario
3596	Valvuloplastica non cardiocirurgica

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

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

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

CHIRURGIA DELLA MANO

77841	Amputazioni carpalì
77891	Amputazioni falangee
77842	Amputazioni metacarpi
82351	Aponeurectomia, morbo di Dupuytren
81294	Artrodesi carpale
81296	Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea
81794	Artroplastica
81793	Artroprotesi carpale
81792	Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea
83912	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di
80797	Cisti sinoviale, asportazione di

Codice	Descrizione prestazione
77691	Deformità ad asola della mano
8284	Dito a martello della mano
79992	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento
79993	Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento
86893	Lembi cutanei microchirurgici
86841	Lesioni cutanee, ricostruzioni di (plastica V/Y, Y/V, Z)
04991	Lesioni nervose traumatiche e non, della mano
82451	Lesioni tendinee della mano, intervento per tenorrafie
82911	Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per
82891	Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti
77892	Osteotomie (come unico intervento)
78494	Pseudoartrosi delle ossa lunghe
78441	Pseudoartrosi dello scafoide carpale
82611	Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
81791	Rigidità delle dita
39993	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
77893	Rizoartrosi
04491	Sindromi canalicolari trattamento completo (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)
8074	Sinovialectomia (come unico intervento)
04994	Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
84991	Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco

CHIRURGIA DEL PIEDE

77512	Alluce rigido (trattamento completo)
77511	Alluce valgo (trattamento completo)
84121	Amputazione tarsali
84111	Amputazioni falangee
84122	Amputazioni metatarsali
83131	Aponeurectomia plantare
8116	Artrodesi metatarso-falangea
81131	Artrodesi di ossa del tarso (sottoastragalica isolata; sotto astragalica e astragalo-scafo-cuneiforme; astragalo-scafoidea e astragalo-scafo-cuneiforme, Lisfranc; etc.)
81132	Artrodesi di tibio-tarsica (tibio-tarsica e sotto astragalica; tibio-tarsica e sotto astragalica e cheiloplastica; etc.)
8156	Artroprotesi tibio-tarsica (trattamento completo)
7798	Asportazione di osso scafoideo accessorio
80798	Cisti sinoviale, asportazione di
83913	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di
80881	Correzione di piede piatto, parti molli e/o ossei (un piede, riconosciuto dal 9° anno fino al compimento del 14° anno di età)
77692	Deformità ad asola delle dita del piede
77898	Dito a martello del piede
83142	Fasciotomia plantare con asportazione di sperone calcaneare
79264	Frattura bimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento ed eventuale sutura capsulo-legamentosa
79272	Frattura calcagno trattamento cruento con o senza innesto
79261	Frattura isolata di malleolo tibiale trattamento cruento
79262	Frattura isolata di malleolo peroneale trattamento cruento
79263	Frattura trimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento
79271	Fratture astragalo trattamento cruento
81491	Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di
83916	Lisi della sindesmosi tibio peroneale distale
04072	Neuroma di Morton, intervento per
78481	Riallineamento metatarsale con osteotomie metatarsali multiple
04441	Sindromi canalicolari del piede
83882	Tendini peronei interventi per stabilizzazione di lussazione abituale

Codice	Descrizione prestazione
--------	-------------------------

83881	Tenoplastiche
83914	Teno-vaginolisi (come fase dell'intervento principale)
83915	Teno-vaginolisi (come unico intervento)
83752	Trasposizioni e trapianti tendinei
79273	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni nell'ambito delle ossa del tarso e del metatarso
79281	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni delle falangi

CHIRURGIA DERMATOLOGICA

86898	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni
86899	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni
86495	Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di
86496	Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)
86494	Tumore superficiale maligno del viso, intervento per

CHIRURGIA GENERALE

INTERVENTI MINORI

3326	Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti
3326	Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti
80793	Cisti sinoviale, asportazione radicale di
86091	Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di
86014	Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di
86072	Espianto di CVC
86074	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri (come unico intervento)
54912	Impianto chirurgico di catetere peritoneale
86071	Impianto di CVC
86073	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica
86291	Tumore profondo extracavitario, asportazione di
8623	Unghia incarnita, asportazione di

COLLO

0611	Agoaspirato/agobiopsia ecoguidata per noduli tiroidei compresa ecografia
86015	Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di
4029	Biopsia prescalenica
2921	Cisti o fistola congenita, asportazione di
31731	Fistola esofago-tracheale, intervento per
40411	Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)
40421	Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
4031	Linfoadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)
40291	Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico (come unico intervento)
06891	Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle
06892	Paratiroidi, reinterventi
06311	Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari
0621	Tiroide, lobectomie
06391	Tiroidectomia subtotale
0641	Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale
0644	Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per
0642	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
0643	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale
31721	Tracheostomia, chiusura e plastica
3111	Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza
3121	Tracheotomia con tracheostomia di elezione
29511	Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del
8642	Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)

Codice	Descrizione prestazione
ESOFAGO	
42311	Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per
42312	Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
42421	Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
42991	Esofagite, ulcera esofagea, (compresa plastica antireflusso e/o vagotomia), intervento per
42401	Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
42411	Esofago, resezione parziale del, con esofagostomia
43992	Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
427	Esofagomiotomia (anche endoscopica - come unico intervento)
421	Esofagostomia (come unico intervento)
42821	Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica
42992	Megaesofago, intervento per
42993	Megaesofago, reintervento per
42891	Protesi endo - esofagee, collocazione di
42851	Stenosi benigne dell'esofago, interventi per
42852	Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser
42913	Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
STOMACO - DUODENO	
44991	Dumping syndrome, interventi di riconversione per
44661	Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso e/o plastica dei pilastri diaframmatici)
44631	Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
43891	Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)
43911	Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa
43994	Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata
43991	Gastrectomia totale per patologia benigna
44291	Piloroplastica (come unico intervento)
43993	Resezione gastro duodenale
45341	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica
44011	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica
4402	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica (come fase di intervento principale)
44911	Varici gastriche (emostasi chirurgica)
INTESTINO: DIGIUNO - ILEO - COLON - RETTO - ANO	
4851	Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo
46501	Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
49795	Anoplastica (come unico intervento)
47091	Appendicectomia con peritonite diffusa
47092	Appendicectomia semplice a freddo (qualsiasi tecnica)
48731	Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per
4901	Ascesso perianale, intervento per
44391	By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne
48931	Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per
45711	Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)
45712	Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
4581	Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
4582	Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
45903	Colotomia con colorrafia (come unico intervento)
46991	Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)
4622	Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)
46392	Digiunostomia (come unico intervento)
45331	Diverticoli di Meckel, resezione di
46393	Duodeno digiunostomia (come unico intervento)
45731	Emicolectomia destra con linfadenectomie

Codice	Descrizione prestazione
45751	Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)
49441	Emorroidi (criochirurgia o diatermocoagulazione, trattamento completo)
49462	Emorroidi (laserchirurgia, trattamento completo)
49442	Emorroidi e ragadi (criochirurgia, trattamento completo)
49463	Emorroidi e ragadi (laserchirurgia, trattamento completo)
49464	Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica
49461	Emorroidi, intervento chirurgico radicale (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica
46391	Enterostomia (come unico intervento)
49122	Fistola anale extrasfinterica
49121	Fistola anale intrasfinterica
49123	Fistole anali (laserchirurgia, trattamento completo)
49791	Incontinenza anale, intervento per
46801	Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per
45791	Megacolon, intervento per
46101	Megacolon: colostomia
46031	Mikulicz, estrinsecazione sec.
45411	Polipectomia retto-colon per via laparotomica
45412	Polipo rettale per via transanale, asportazione di (come unico intervento) - qualsiasi tecnica, qualsiasi strumentazione/ apparecchiatura
46992	Posizionamento protesi del colon
48993	Posizionamento protesi del retto
48691	Procto-colectomia totale con pouch ileale
48991	Prolasso rettale, intervento transanale per (come unico intervento) - qualsiasi tecnica - qualsiasi strumentazione/ apparecchiatura
48992	Prolasso rettale, per via addominale, intervento per
48994	Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia
49992	Ragadi, crio-chirurgia per (trattamento completo)
49993	Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)
48632	Resezione del sigma-retto per patologia benigna
48631	Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate
48621	Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colonstomia
4961	Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale
49591	Sfinterotomia (come unico intervento)
48351	Tumore maligno del retto, per via trans-anale o con microchirurgia endoscopica trans-anale (TEM), asportazione di
54593	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)
54596	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)

PARETE ADDOMINALE

54611	Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per
53211	Ernia crurale semplice
53591	Ernia epigastrica
53003	Ernia inguinale con ectopia testicolare
53001	Ernia inguinale semplice
53491	Ernia ombelicale (escluse finalità estetiche)
5391	Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)
5392	Laparocoele, intervento per
40541	Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)
40542	Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)
4032	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
40294	Linfonodo sentinella, asportazione di (come unico intervento)
5373	Prolasso diaframmatico, intervento per

Codice	Descrizione prestazione
--------	-------------------------

PERITONEO

7001	Ascesso del Douglas, drenaggio
34891	Ascesso sub-frenico, drenaggio
54211	Laparoscopia esplorativa/diagnostica (comprese biopsie)
54191	Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi
54192	Laparotomia con resezione intestinale (comprese stomie)
54591	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)
54193	Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie
54194	Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni
54195	Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi
54196	Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura
54197	Laparotomia per peritonite diffusa
54198	Laparotomia per peritonite saccata
5425	Lavaggio peritoneale diagnostico
4033	Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)
46792	Occlusione intestinale con resezione
46791	Occlusione intestinale senza resezione
5441	Omentectomia (come fase di intervento principale)
59001	Tumore retroperitoneale, exeresi di

FEGATO E VIE BILIARI

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

Codice	Descrizione prestazione
--------	-------------------------

PANCREAS - MILZA

52111	Agobiopsia/agoaspirato pancreas
52011	Ascessi pancreatici e/o cisti, drenaggio di
5212	Biopsia (come unico intervento)
52511	Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
52223	Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)
5242	Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
5241	Fistola pancreatica, intervento per
5231	Marsupializzazione interna o esterna di cisti pancreatica
41431	Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)
52222	Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
52521	Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
5271	Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
52591	Pancreatite acuta, interventi conservativi
52592	Pancreatite acuta, interventi demolitivi
52221	Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per
4151	Splenectomia

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

2611	Biopsia delle ghiandole salivari
76294	Asportazione neoformazioni benigne profonde
8611	Biopsia o asportazione di tumori superficiali non cutanei
26991	Calcolo salivare, asportazione di
7621	Cisti del mascellare, operazione per
26992	Cisti e fistole delle ghiandole salivari, incisione e/o drenaggio
76992	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale
76993	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale
27921	Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di
0981	Dacriocistorinostomia o intubazione
7651	Disfunzione temporo-mandibolare, terapia chirurgica per
27631	Esiti labiali di labiopalatoschisi
27632	Esiti nasali di labiopalatoschisi
16391	Exenteratio orbitae
26491	Fistola del dotto di Stenone, intervento per
27531	Fistola oro-nasale e/o mascellare
76721	Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per
76741	Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di
76691	Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di
76761	Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)
76751	Fratture mandibolari, riduzione con ferule
26394	Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne
26393	Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfadenectomia
27591	Labioalveoloschisi monolaterale
27592	Labioalveoloschisi bilaterale
40292	Linfoangioma cistico del collo, asportazione per
2543	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
2541	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare
2521	Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia
76941	Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per
76311	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale
76312	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale
76393	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del

Codice	Descrizione prestazione
76394	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del
76392	Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
76391	Neoformazioni endosseie di grandi dimensioni, exeresi di
76395	Neoformazioni endosseie di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di
27492	Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
27491	Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di
27991	Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di
76791	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale
76792	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale
7622	Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di
27621	Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle
27622	Palatoschisi totale
04992	Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per
26311	Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale
26321	Parotidectomia totale o sub-totale
76911	Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari
76921	Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari
27594	Ricostruzioni con lembi mucosi
86712	Ricostruzioni con lembi muscolari
86713	Ricostruzioni con lembi osteomuscolari
86714	Ricostruzioni con lembi rivascularizzati
26392	Scialectomia (come fase di intervento principale)
26391	Scialectomia (come unico intervento)
22611	Seno mascellare, apertura per processo alveolare (trattamento completo)

CHIRURGIA PEDIATRICA

55391	Asportazione tumore di Wilms
49991	Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
49792	Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
49794	Atresia dell'ano: operazione perineale
51994	Atresie vie biliari, esplorazioni
54991	Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per
02063	Cranio bifido con meningocele
02064	Cranio bifido con meningoencefalocele
02062	Craniostenosi
5371	Ernia diaframmatica di Bochdalek
5372	Ernia diaframmatica di Morgagni
42841	Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
54711	Esonfalo o gastroschisi
5432	Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale
5433	Granuloma ombelicale, cauterizzazione
05992	Neuroblastoma addominale
05991	Neuroblastoma endotoracico
05993	Neuroblastoma pelvico
45901	Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)
45621	Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale
46793	Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale
46201	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice
45902	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
46032	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz
44292	Piloro, stenosi congenita del
49793	Plastica dell'ano per stenosi congenita
04492	Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del

Codice	Descrizione prestazione
49721	Retto, prolasso con cerchiaggio anale del
49941	Retto, prolasso con operazione addominale del
03511	Spina bifida: meningocele
03521	Spina bifida: mielomeningocele
84990	Teratoma sacrococcigeo

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

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

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

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

3424	Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa
3326	Agobiopsia polmonare tac guidata (per esame vedi T.A.C.)
3311	Ascessi, interventi per

Codice	Descrizione prestazione
3241	Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia) 0
3425	Biopsia del mediastino sotto guida eco endoscopica compresa apparecchiatura/strumentazione
4029	Biopsia laterocervicale
3326	Biopsia polmonare
4029	Biopsia sopraclaveare
32291	Cisti (echinococco od altre di qualsiasi natura), asportazione di
34511	Decorticazione pleuro polmonare, intervento di
34041	Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi
34094	Drenaggio pleurico per qualsiasi versamento compresa toracentesi
34092	Drenaggio pleurico per pneumotorace traumatico
34093	Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo
33491	Enfisema bollosa, intervento per (qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura /strumentazione)
37121	Fenestrazione pericardica
5389	Ernie diaframmatiche traumatiche
34713	Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali
34712	Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali
34711	Ferite con lesioni viscerali del torace
33481	Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
33421	Fistole esofago-bronchiali, interventi di
79291	Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico
4064	Legatura del dotto toracico
34791	Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)
40591	Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento)
34221	Mediastinoscopia diagnostica
34222	Mediastinoscopia operativa
3442	Neoformazioni benigne costali localizzate
34811	Neoformazioni benigne del diaframma
31991	Neoformazioni benigne della trachea
3441	Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
34812	Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)
31992	Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
3431	Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
34591	Pleurectomie (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
3252	Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
34091	Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o piu' coste), intervento di
3251	Pneumectomia, intervento di (compresa linfadenectomia e/o biopsia)
3253	Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale
34841	Relaxatio diaframmatica
33982	Resezione bronchiale con reimpianto
77911	Resezione di costa sopranumeraria
3231	Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfadenectomie)
3232	Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfadenectomie)
3233	Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
3403	Re-toracotomia per ernie
34991	Sindromi stretto toracico superiore
34921	Talcaggio pleurico, qualsiasi metodica
0780	Timectomia
34741	Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo
34793	Toracoplastica, primo tempo
34794	Toracoplastica, secondo tempo
34211	Toracoscopia operativa comprese eventuali biopsie e pleurodesi
34021	Toracotomia esplorativa comprese biopsie (come unico intervento)
33221	Tracheo-broncoscopia diagnostica con eventuale autofluorescenza
32011	Tracheo-broncoscopia operativa

Codice	Descrizione prestazione
--------	-------------------------

CHIRURGIA VASCOLARE

39541	Aneurismi aorta addominale o aorta toracica + dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)
39521	Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)
39523	Aneurismi arterie viscerali, embolizzazione
38401	Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)
39503	Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)
39992	Applicazione di stent, qualsiasi distretto anatomico, salvo i casi descritti
39994	Seconda applicazione di stent sulla stessa arteria
39221	By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
39251	By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale
39241	By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
39291	By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo
39991	By-pass (autologo o eterologo) veno-venoso arti inferiori per ostruzioni venose croniche profonde
4091	Elefantiasi degli arti (anastomosi linfatico - venose)
38861	Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde, salvo i casi descritti
83141	Fasciotomia decompressiva
39995	Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)
39321	Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca-carotide-vertebrale-succlavia-anonima
39322	Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omero-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea
39323	Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedie - inguinali-perineali
38601	Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni
39996	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
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)
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)
05891	Sindromi neurovascolari degli arti inferiori
39999	Sostituzione venosa con protesi omologa o eterologa di vena profonda arto inferiore
37996	Standby cardiocirurgico (presenza intera equipe), salvo i casi descritti
39524	Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale
39525	Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica
39526	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca
39527	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica
38801	Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)
38141	Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
38121	Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di tronchi sovraortici
38122	Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici
38181	Tromboendarteriectomia con patch arteria femorale
38123	Tromboendarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)
38891	Valvuloplastica della cross safeno-femorale con o senza patch compreso doppler intraoperatorio
38892	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori monolaterale
38893	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori bilaterale
39997	Varicectomia (come unico intervento)
39998	Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)

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
------	--

Codice	Descrizione prestazione
43191	Cisto-gastrostomia o cisto-duodenostomia endoscopica
42331	Emostasi endoscopica di lesioni non varicose esofago gastriche
42332	Emostasi e/o sclerosi endoscopica di lesione varicose esofago gastriche (qualsiasi tecnica, qualsiasi apparecchiature/strumentazioni)
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.
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.
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).
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.
4311	Posizionamento di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)
45431	Rettosigmoidoscopia operativa (comprese polipectomie) o fotocoagulazione con laser
4312	Rimozione e/o sostituzione di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)
42911	Varici esofagee o esofago gastriche, legatura endoscopica
43412	Varici gastriche (emostasi endoscopica)

GINECOLOGIA

54594	Adesiolisi (come unico intervento)
54595	Adesiolisi (come fase di intervento principale)
65411	Annessi monolaterali, interventi conservativi sugli
65631	Annessi bilaterali, interventi conservativi sugli
65412	Annessi monolaterali, interventi demolitivi sugli
65632	Annessi bilaterali, interventi demolitivi sugli
71291	Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di
7131	Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali (compresa ghiandola del Bartolini), trattamento chirurgico per
7191	Ascesso pelvico, trattamento chirurgico per
6959	Biopsia della portio, endometrio (come unico intervento)
7024	Biopsia della vulva, vagina
65251	Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di
70331	Cisti vaginale, asportazione di
71711	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali (come unico intervento)
71712	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto
70142	Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente
6721	Conizzazione e tracheloplastica
688	Eviscerazione pelvica
56841	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
58432	Fistole uretrovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
57841	Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per
70111	Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)
70511	Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale
6861	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
6862	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
6841	Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore
69291	Isteropessi
6823	Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per
68211	Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per
66191	Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie (come unico intervento)
69191	Laparoscopia operativa con ablazione di cisti endometriosiche o altro, laservaporizzazione focolai endometriosici, lisi, sinechie etc.

Codice	Descrizione prestazione
40593	Laparotomia esplorativa con eventuale linfadenectomia lombo aortica pelvica selettiva e biptica (come unico intervento)
54592	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)
69491	Laparotomia per ferite e rotture dell'utero
67293	LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) compresa colposcopia
40592	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
69492	Metroplastica (come unico intervento)
68292	Miomectomie con o senza ricostruzione plastica dell'utero (come unico intervento)
7183	Neoformazioni della vulva, asportazione
70991	Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)
70994	Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di (come unico intervento)
70992	Plastica vaginale anteriore, intervento di (come unico intervento)
70993	Plastica vaginale posteriore, intervento di (come unico intervento)
67391	Polipi cervicali, asportazione di
58396	Polipi orifizio uretrale esterno
70792	Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale
58991	Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di
75996	Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico
65291	Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale
65292	Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale
664	Salpingectomia monolaterale
665	Salpingectomia bilaterale
65731	Salpingoplastica
70141	Setto vaginale, asportazione chirurgica
67691	Tracheloplastica (come unico intervento)
7193	Trattamento chirurgico conservativo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali
75994	Trattamento chirurgico conservativo per gravidanza extrauterina
7192	Trattamento chirurgico conservativo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali
7195	Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali
75995	Trattamento chirurgico demolitivo per gravidanza extrauterina
7194	Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali
7042	Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
7041	Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
71611	Vulvectomy parziale
71612	Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di
7151	Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di
71613	Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di
71621	Vulvectomy totale

NEUROCHIRURGIA

04741	Anastomosi spino-facciale e simili
39292	Anastomosi vasi intra-extra cranici
81006	Artrodesi vertebrali per via anteriore o spondilolistesi
81005	Artrodesi vertebrali per via posteriore
81007	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore
01393	Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
0113	Biopsia/agobiopsia cerebrale stereotassica
77415	Biopsia vertebrale a cielo aperto
38821	Carotide endocranica, legatura della
03901	Catetere epidurale e/o durale, impianto di
81011	Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore
03291	Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
01391	Corpo estraneo intracranico, asportazione di
02061	Cranioplastica
01241	Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo

Codice	Descrizione prestazione
01242	Craniotomia per ematoma extradurale
01243	Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
01592	Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
02391	Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
01245	Ematoma subdurale cronico monolaterale, intervento per
01246	Ematoma subdurale cronico bilaterale, intervento per
02991	Encefalomeningocele, intervento per
02992	Epilessia focale, intervento per
80512	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva
80514	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
80511	Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
80515	Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
02993	Fistola liquorale
39532	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico
39534	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico
39536	Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
05236	Gangliectomia lombare e splancnicectomia
03931	Impianto di stimolatore midollare O
07641	Ipfisi, intervento per adenoma per via transfenoidale
03091	Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali (come unico intervento)
03092	Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
03093	Laminectomia per tumori intramidollari
38611	Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
39522	Malformazione aneurismatica o angiomatosa con compressione radicolare e/o midollare
03522	Mielomeningocele, intervento per
01591	Neoplasie endocraniche, asportazione di
03292	Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
04494	Neurolisi (come fase di intervento principale)
04493	Neurolisi (come unico intervento)
0431	Neurorrafia primaria (come unico intervento)
04031	Neurotomia semplice (come unico intervento)
04021	Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
04993	Plesso brachiale, intervento sul
04071	Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
01251	Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica
01252	Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
05221	Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul
05222	Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul
05223	Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul
05291	Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul
05292	Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
05231	Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul
05232	Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul
05251	Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul
05233	Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul
05234	Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul
05235	Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul
03094	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello
03097	Stenosi vertebrale lombare più livelli
04996	Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici
01491	Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
04291	Termorizotomia del trigemino o altri nervi cranici
01091	Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare
02041	Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)
80591	Trattamento chirurgico delle ernie discali per via endoscopica e/o percutanea, qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione (ozono, i.d.e.t, chemonucleolisi, laserdissectomia etc.)

Codice	Descrizione prestazione
03095	Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
03096	Traumi vertebro-midollari via posteriore
16985	Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
04997	Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)
01593	Tumori della base cranica, intervento per via transorale
16984	Tumori orbitari, intervento per

OCULISTICA

ORBITA

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

SOPRACCIGLIO

08811	Plastica per innesto
08812	Plastica per scorrimento

PALPEBRE

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

VIE LACRIMALI

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

CONGIUNTIVA

10311	Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto
10312	Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento
10313	Piccole cisti, sutura con innesto placentare
10491	Plastica congiuntivale per innesto
10492	Plastica congiuntivale per scorrimento

CORNEA

11631	Cheratoplastica a tutto spessore
11611	Cheratoplastica lamellare
12991	Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di
11612	Epicheratoplastica
16691	Odontocheratoprotesi

Codice	Descrizione prestazione
11691	Trapianto corneale a tutto spessore
11621	Trapianto corneale lamellare

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)
13191	Cataratta (senile, traumatica, patologica), estrazione di
13193	Cataratta complicata, estrazione di
13392	Cataratta congenita o traumatica, discissione di
13192	Cataratta molle, intervento per
13391	Cataratta secondaria, discissione di
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.
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.
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)
13721	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore
13722	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore
1381	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)
1382	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)
13691	Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di
1391	Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)
13701	Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore

SCLERA

12892	Sclerectomia
-------	--------------

INTERVENTI PER GLAUCOMA

1255	Ciclodialisi
12711	Ciclodiatomia perforante
12521	Goniotomia
12591	Iridociclotomia (come unico intervento)
12691	Microchirurgia dell'angolo camerulare (come unico intervento)
12692	Operazione fistolizzante (come unico intervento)
12642	Trabeculectomia (come unico intervento)
12643	Trabeculectomia + asportazione cataratta, intervento combinato
12644	Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale, intervento combinato
12641	Trabeculotomia (come unico intervento)

IRIDE

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

Codice	Descrizione prestazione
--------	-------------------------

RETINA

14591	Asportazione, cerchiaggio, rimozione e/o sostituzione materiali usati durante l'intervento di distacco
14521	Criotrattamento (come unico intervento)
14511	Diatermocoagulazione retinica per distacco (come unico intervento)
38822	Legatura arteria temporale superiore (come unico intervento)
14592	Retina, intervento per distacco, crio + cerchiaggio (come unico intervento)
14593	Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi
14791	Vitrectomia anteriore o posteriore

MUSCOLI OCULARI

15121	Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento
15122	Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento
08393	Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche - comprovata da campimetria pre intervento)
15131	Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di
15291	Strabismo paralitico, intervento per

BULBO OCULARE

14011	Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di
14021	Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di
16392	Enucleazione o exenteratio
16421	Enucleazione con innesto protesi mobile
16311	Eviscerazione con impianto intraoculare

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
INTERVENTI CRUENTI

81831	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)
81831	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)
4131	Agoaspirato osseo
78301	Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)
84916	Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)
84915	Amputazione medi segmenti (trattamento completo)
81002	Artrodesi vertebrale per via anteriore o spondilolistesi
81001	Artrodesi vertebrale per via posteriore
81003	Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
81293	Artrodesi: grandi articolazioni
81292	Artrodesi: medie articolazioni
80893	Artrodesi: grandi
80892	Artrodesi: medie
80891	Artrodesi: piccole
81963	Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)
81962	Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)
81961	Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)
81811	Artroprotesi spalla, parziale
81801	Artroprotesi spalla, totale
81521	Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
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.
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

Codice	Descrizione prestazione
81511P2	PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE BILATERALE (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
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
81513	Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
81541	Artroprotesi: ginocchio
81561	Artroprotesi: gomito
80091	Artroprotesi: rimozione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento
80291	Artroscopia diagnostica (come unico intervento)
8030	Biopsia articolare
7740	Biopsia ossea
77492	Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali
77493	Biopsia vertebrale a cielo aperto
8352	Borsectomia (come fase di un intervento principale)
8351	Borsectomia (come unico intervento)
83391	Cisti del Becker, asportazione di
8065	Cisti meniscali o parameniscali, asportazione di
80796	Cisti sinoviale, asportazione di
80896	Condroectomia - condroabrasione (come fase di intervento principale)
80895	Condroectomia - condroabrasione (come unico intervento)
80897	Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di
77811	Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per
84091	Disarticolazione interscapolo toracica
84913	Disarticolazioni, grandi
84912	Disarticolazioni, medie
84911	Disarticolazioni, piccole
83751	Elsmie-Trillat, intervento di
77895	Emipelvectomy
77897	Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
81295	Epifisiodesi
80513	Ernia del disco dorsale o lombare, compresa eventuale laminectomia decompressiva
77801	Esostosi semplice, asportazione di
79601	Frattura esposta, pulizia chirurgica di
83991	Infezioni articolari, muscolo-aponeurotiche profonde (trattamento chirurgico - unico intervento)
81473	Laterale release
81471	Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di
81472	Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia), ricostruzione di
81832	Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per (trattamento completo)
8063	Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)
8064	Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)
8061	Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)
41981	Midollo osseo, espanto di
79991	Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per
79391	Osteosintesi vertebrale
79394	Osteosintesi: grandi segmenti
79393	Osteosintesi: medi segmenti
79392	Osteosintesi: piccoli segmenti
77896	Osteotomia complessa (bacino, vertebrale)
77894	Osteotomia semplice di qualsiasi segmento (come fase dell'intervento principale)
80191	Perforazione alla Boeck

Codice	Descrizione prestazione
81004	Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale
77791	Prelievo di trapianto osseo con innesto
78493	Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)
78492	Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)
78491	Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)
78031	Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio
84291	Reimpianti di arto o suo segmento
80894	Resezione articolare
77391	Resezione del sacro
77392	Resezione ossea
79891	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
79893	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni
79892	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie articolazioni
79851	Riduzione cruenta lussazione congenita anca
78691	Rimozione mezzi di sintesi: grandi segmenti
78692	Rimozione mezzi di sintesi: medi segmenti
78693	Rimozione mezzi di sintesi: piccoli segmenti
81834	Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione di (trattamento completo)
84993	Scoliosi, intervento per
80794	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come fase di intervento principale)
80792	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come unico intervento)
80795	Sinoviectomia piccole articolazioni (come fase di intervento principale)
80791	Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)
80911	Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
80192	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello
80194	Stenosi vertebrale lombare più livelli
84998	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
81401	Tetto cotiloideo, ricostruzione di
81833	Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla
84996	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
84995	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di
84994	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di
84997	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
80193	Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
39990	Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche

TENDINI - MUSCOLI - APONEUROSIS - NERVI PERIFERICI

8321	Biopsia muscolare
83911	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di
04073	Neurinomi, trattamento chirurgico di
04495	Neurolisi (come unico intervento)
04496	Neurolisi (come fase di intervento principale)
83994	Tenolisi (come fase dell'intervento principale)
83995	Tenolisi (come unico intervento)0
83992	Tenoplastica, mioplastica, miografia
83997	Tenorrafia complessa
83996	Tenorrafia semplice
83998	Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)
83993	Torcollo miogeno congenito, plastica per
82561	Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)

Codice	Descrizione prestazione
--------	-------------------------

OSTETRICIA

7501	Aborto terapeutico
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). È comprensiva di eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento
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)
75331	Cordocentesi
75312	Fetoscopia
75512	Lacerazione cervicale, sutura di
54111	Laparotomia esplorativa
54112	Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore
8502	Mastite puerperale, trattamento chirurgico
75991	Revisione delle vie del parto, intervento per
75992	Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento per
75931	Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di
75941	Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di

OTORINOLARINGOIATRIA

ORECCHIO

20492	Antroatticotomia con labirintectomia
20211	Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
20212	Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica
18792	Atresia auris congenita completa
18791	Atresia auris congenita incompleta
20411	Mastoidectomia
2042	Mastoidectomia radicale
1941	Miringoplastica per via endaurale
1942	Miringoplastica per via retroauricolare
20091	Miringotomia (come unico intervento)
18291	Neoplasia del padiglione, exeresi di
18292	Neoplasie del condotto, exeresi
04041	Nervo vestibolare, sezione del
04011	Neurinoma dell'ottavo paio
18293	Osteomi del condotto, asportazione di
20591	Petrosectomia
20221	Petrositi suppurate, trattamento delle
1892	Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di
20493	Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di
20711	Sacco endolinfatico, chirurgia del
19191	Stapedectomia
19192	Stapedotomia
20491	Timpanoplastica con mastoidectomia
19591	Timpanoplastica senza mastoidectomia
19592	Timpanoplastica, secondo tempo di
20092	Timpanotomia esplorativa
20511	Tumori dell'orecchio medio, asportazione di

NASO E SENI PARANASALI

286	Adenoidectomia
283	Adenotonsillectomia
21991	Atresia coanale, intervento per

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

FARINGE - CAVO ORALE

28091	Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo
2933	Faringectomia parziale
29391	Fibroma rinofaringeo
29392	Neoplasie parafaringee
282	Tonsillectomia
28921	Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di
28922	Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di
27711	Ugulotomia
27791	Velofaringoplastica

LARINGE

31691	Adduttori, intervento per paralisi degli
3131	Ascesso dell'epiglottide, incisione
3143	Biopsia in laringoscopia
3143	Biopsia in microlaringoscopia
30092	Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia
30221	Corpectomia
30222	Corpectomia con il laser
31982	Corpi estranei, asportazione in laringoscopia
31983	Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica
3021	Epiglottidectomia
30291	Laringectomia parziale
30292	Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
3031	Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale
3041	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale

Codice	Descrizione prestazione
3042	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
31984	Laringocele
3043	Laringofaringectomia totale
31693	Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia
31694	Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia
31692	Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2
30091	Papilloma laringeo
31985	Pericondrite ed ascesso perilaringeo

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

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

UROLOGIA

ENDOSCOPIA OPERATIVA

5601	Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite
57411	Collo vescicale, interventi endoscopici disostruttivi
57491	Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di
57992	Diatermocoagulazione di diverticoli vescicali
57492	Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta

Codice	Descrizione prestazione
55113	Endopielolitomia per stenosi del giunto pielo-ureterale
5602	Formazioni ureterali, resezione endoscopica di
59791	Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)
98511	Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.
98512	Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica
5611	Meatotomia ureterale (come unico intervento)
5811	Meatotomia uretrale (come unico intervento)
57493	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di
56311	Pieloureteroscopy percutanea operativa
60211	Prostata, interventi con laser o metodiche interstiziali
60291	Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (TURP, TUVP)
56992	Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)
56993	Stent ureterale, rimozione di
56891	Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)
56892	Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)
56851	Ureterocele, intervento endoscopico per
58311	Uretrotomia endoscopica (come unico intervento)
5851	Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)
58394	Wall Stent per stenosi uretrali compresa cistostomia
5932	Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)

RENE

55231	Agobiopsia renale percutanea
5524	Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)
55921	Cisti renale per via percutanea, puntura di
55923	Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti
55311	Cisti renale, resezione
5542	Eminefrectomia
5541	Lombotomia per ascessi pararenali
55591	Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)
5543	Nefrectomia polare
55521	Nefrectomia semplice
55041	Nefrolitotripsia percutanea monolaterale
55042	Nefrolitotripsia percutanea bilaterale
557	Nefropessi
55031	Nefrostomia percutanea monolaterale
55032	Nefrostomia percutanea bilaterale
55512	Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
55511	Nefroureterectomia radicale (compresa surrenectomia)
55111	Pielocalicolitomia (come unico intervento)
55922	Pielocentesi (come unico intervento)
55112	Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di
55871	Pielouretero plastica per stenosi del giunto
0731	Surrenectomia (trattamento completo)

URETERE

56842	Fistola uretero-intestinale, intervento per (qualsiasi tecnica)
56843	Fistola uretero-intestinale, intervento con resezione intestinale ed anastomosi (qualsiasi tecnica)
56844	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
5675	Transuretero-ureteroanastomosi (come unico intervento)
5641	Ureterectomia segmentaria
56741	Ureterocistoneostomia monolaterale (come unico intervento)
56742	Ureterocistoneostomia bilaterale (come unico intervento)
56611	Ureterocutaneostomia monolaterale
56612	Ureterocutaneostomia bilaterale

Codice	Descrizione prestazione
56791	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di
56792	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di
56711	Uretero-ileo-anastomosi monolaterale (come unico intervento)
56712	Uretero-ileo-anastomosi bilaterale (come unico intervento)
56511	Ureteroileocutaneostomia non continente
56893	Ureterolisi più omentoplastica
56811	Ureterolitotomia lombo-iliaca
56812	Ureterolitotomia pelvica
56713	Ureterosigmoidostomia monolaterale
56714	Ureterosigmoidostomia bilaterale

VESCICA

59921	Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius
5762	Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
5761	Cistectomia parziale semplice
57792	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
57793	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
57791	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
57181	Cistolitotomia (come unico intervento)
57891	Cistopessi
57811	Cistorrafia per rottura traumatica
5721	Cistostomia sovrapubica (come unico intervento)
57851	Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)
57991	Diverticulectomia
5786	Estrofia vescicale (trattamento completo)
57511	Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per
57591	Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)
57831	Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per
57842	Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per
5931	Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale
57871	Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
57882	Vescicoplastica antireflusso bilaterale
57881	Vescicoplastica antireflusso unilaterale

PROSTATA

6011	Agoaspirato/agobiopsia prostata (qualsiasi numero di prelievi, comprovato dal referto dell'esame istologico) ecoguidata
6018	Biopsia prostatica a saturazione (comprovato dal referto dell'esame istologico)
60611	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)
6051	Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)
60691	Prostatectomia sottocapsulare per adenoma

URETRA

58921	Calcoli o corpi estranei, rimozione di
58391	Caruncola uretrale
58911	Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per
58452	Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per
58451	Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per
58431	Fistole uretrali
58931	Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali
58453	Ipospadi scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica)
58471	Meatotomia e meatoplastica
58392	Polipi del meato, coagulazione di

Codice	Descrizione prestazione
58912	Prolasso mucoso uretrale
58491	Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena
58492	Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa
58411	Rottura traumatica dell'uretra
58393	Uretrectomia segmentaria
58395	Uretrectomia totale
58461	Uretroplastiche (in un tempo), intervento di
58462	Uretroplastiche (lambi liberi o peduncolati), trattamento completo
58421	Uretrostomia perineale

APPARATO GENITALE MASCHILE

627	Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)
6212	Biopsia testicolate a cielo aperto (come unico intervento)
62121	Biopsia testicolate monolaterale
62122	Biopsia testicolate bilaterale
6321	Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi
64491	Corporoplastica (come unico intervento)
64991	Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
634	Epididimectomia
6401	Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per (solo se in presenza di fimosi certificata dal medico specialista)
61421	Fistole scrotali o inguinali
64492	Frenulotomia e frenuloplastica (solo se in presenza di fimosi certificata dal medico specialista)
63521	Funicolo, detorsione chirurgica del
6121	Idrocele, intervento per
6251	Orchidopessi monolaterale
6252	Orchidopessi bilaterale
62331	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale
62332	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale
62411	Orchiectomia sottocapsulare bilaterale
6232	Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi
6231	Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi
64092	Parafimosi, intervento per (come unico intervento)
6431	Pene, amputazione parziale del
6433	Pene, amputazione totale con linfadenectomia
6432	Pene, amputazione totale del
64981	Priapismo (percutanea), intervento per
64982	Priapismo (shunt), intervento per
64493	Sclerosi della fascia di Buck, intervento per (qualsiasi trattamento)
6131	Scroto, resezione dello
62991	Traumi del testicolo, intervento di riparazione per
6311	Varicocele con tecnica microchirurgica
6312	Varicocele, intervento per

CHECK-UP PREVENZIONE

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.
Riferimento regolamento: Art. 10.3.5

STRUTTURE PRESSO LE QUALI SI POSSONO EFFETTUARE CHECK-UP PREVENZIONE	
BIONICS S.R.L.	Largo Cairoli, 2 - Milano
BIONICS S.R.L.	Via Grosotto, 7 - Milano Portello
BIONICS S.R.L. - CDI LAVATER	Via Omboni, 8 - Milano
BIONICS S.R.L.	Viale Monza, 270 - Milano
BIONICS SRL - CITY LIFE	Piazza Tre Torri, U1.10-1n12 - Milano
BIONICS SRL - NAVIGLI	Viale Liguria, 23 - Milano
BIONICS BICOCCA	Via Temolo, 3 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Saint Bon, 20 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Vigevanese, 9 - Corsico (MI)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Pellegrino Rossi, 24 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Magenta, 41 - Rho (MI)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA - LARGO AUGUSTO	Corso di Porta Vittoria, 5 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via Torino, 8 - Cernusco Sul Naviglio (MI)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO - PORTA NUOVA	Piazza Gae Aulenti, 4 - Milano
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO - PORTO SAN ROCCO	SS9, 100 - San Rocco Al Porto (LO)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO - LEGNANO	Corso Italia, 32 - Legnano (MI)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA	Via XXV Aprile, 6/F - Besozzo (VA)
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA - PAVIA	Viale Libertà 83 - Pavia
ISTITUTO SCIENTIFICO OSPEDALE CAPITANIO	Via G. Mercalli, 28 - Milano
IST. AUXOLOGICO - POLIAMB. MOSE' BIANCHI	Via Mose' Bianchi, 90 - Milano
IST. AUXOLOGICO - IST. SCIENT. OSPEDALE SAN LUCA	Piazzale Brescia, 20 - Milano
IST. AUXOLOGICO - IST. SCIENT. OSPEDALE SAN MICHELE	Via L. Ariosto, 13 - Milano
IST. AUXOLOGICO - CENTRO DIAGNOSTICO E DI RICERCA MEDA	Via Umberto Pace, 18 - Meda (MB)
IST. AUXOLOGICO - CENTRO DIAGNOSTICO E DI RICERCA PIOLTELLO	Via San Francesco, 16 - Ang. Strada Provinciale Cassanese - Pioltello (MI)
IST. AUXOLOGICO - CENTRO DIAGNOSTICO E DI RICERCA SAN CARLO	Via Pier Lombardo, 22 - Milano
IST. AUXOLOGICO - "AUXOLOGICO PROCACCINI"	Via G. B. Niccolini, 39 - Ang. Via Procaccini - Milano
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO - CITTA' STUDI ICANS	Via Sandro Botticelli, 21 - Milano
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO - COMO	Via Pasquale Paoli, 6 - Como
OSPEDALE SAN RAFFAELE SRL	Via Olgettina, 60 - Milano
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
POLICLINICO SAN MARCO	Corso Europa, 7 - Zingonia (BG)
POLICLINICO SAN PIETRO	Via Forlanini, 15 - Ponte San Pietro (BG)
CASA DI CURA SAN FRANCESCO	Via IV Novembre, 7 - Bergamo

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) all'Ente Mutuo che rilascerà apposita autorizzazione.

NOTE

[illegible]

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



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.



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.



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

Abbiategrosso - 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