



# ENTE MUTUO

## REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza



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

IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2024



## SOMMARIO

|   |         |
|---|---------|
| <b>ARTICOLI DA 1 A 17 DEL REGOLAMENTO</b>   | pag. 3  |
| <b>ALLEGATI DA 1 A 10 DEL REGOLAMENTO</b>   | pag. 18 |
| <b>Allegato 1</b><br>Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per "assistenza specialistica ambulatoriale e altri contributi"         | pag. 19 |
| <b>Allegato 2</b><br>Modulo per richiesta di autorizzazione per visita specialistica in assenza di prescrizione medica                              | pag. 21 |
| <b>Allegato 3</b><br>Richiesta di rimborso per le spese sanitarie sostenute per "assistenza ospedaliera"  | pag. 23 |
| <b>Allegato 4</b><br>Importi e modalità di Erogazione delle prestazioni Sanitarie<br>(Delibera Consiglio di Amministrazione)                        | pag. 25 |
| <b>Allegato 5</b><br>Nomenclatore tariffario dei rimborsi ai soci per le prestazioni di "assistenza specialistica ambulatoriale" in forma indiretta | pag. 28 |
| <b>Allegato 6</b><br>Nomenclatore tariffario dei rimborsi ai soci per le prestazioni odontoiatriche in forma indiretta                              | pag. 33 |
| <b>Allegato 7</b><br>Norme per l'erogazione in forma diretta e indiretta delle prestazioni odontoiatriche   | pag. 34 |
| <b>Allegato 8</b><br>Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche.   | pag. 36 |
| <b>Allegato 9</b><br>Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera  | pag. 38 |
| Parte 1 Nomenclatore tariffario degli interventi chirurgici   | pag. 39 |
| Parte 2 Nomenclatore tariffario dell'assistenza medica in degenza per ricoveri senza interventi chirurgici  | pag. 65 |
| Parte 3 Nomenclatore tariffario dei consulti  | pag. 65 |
| Parte 4 Nomenclatore tariffario delle sale operatorie   | pag. 66 |
| Parte 5 Nomenclatore tariffario delle degenze   | pag. 67 |
| <b>Allegato 10</b><br>Strutture presso le quali si possono effettuare checkup in forma diretta (per la sola forma <i>Dplus</i> )                    | pag. 68 |

# Presentazione del Regolamento Ente Mutuo Regionale - Edizione 2024

Milano, 23 Giugno 2023

Gentili Soci,

In data 22 Giugno 2023, si è tenuta l'Assemblea Ordinaria di Ente Mutuo Regionale. Tra i vari punti all'Ordine del giorno l'Assemblea ha ratificato le modifiche al Regolamento e stabilito i contributi per il 2024.

In merito a quest'ultimo tema, l'Assemblea ha deliberato un incremento dei contributi associativi del 5% per il prossimo anno (di cui di seguito riportiamo gli importi).



FORMA  
TIPO  
B

## CONTRIBUTI ANNO 2024 PER PERSONA

|                               |          |                               |          |
|-------------------------------|----------|-------------------------------|----------|
| fascia di età da 0 a 10 anni  | € 271,00 | fascia di età da 50 a 59 anni | € 643,00 |
| fascia di età da 11 a 20 anni | € 323,00 | fascia di età da 60 a 65 anni | € 697,00 |
| fascia di età da 21 a 30 anni | € 391,00 | fascia di età da 66 a 70 anni | € 708,00 |
| fascia di età da 31 a 49 anni | € 503,00 | fascia di età oltre 70 anni   | € 723,00 |



FORMA  
TIPO  
C

## CONTRIBUTI ANNO 2024 PER PERSONA

|                               |          |                               |            |
|-------------------------------|----------|-------------------------------|------------|
| fascia di età da 0 a 10 anni  | € 188,00 | fascia di età da 50 a 59 anni | € 743,00   |
| fascia di età da 11 a 20 anni | € 188,00 | fascia di età da 60 a 65 anni | € 1.023,00 |
| fascia di età da 21 a 30 anni | € 374,00 | fascia di età da 66 a 70 anni | € 1.023,00 |
| fascia di età da 31 a 49 anni | € 544,00 | fascia di età oltre 70 anni   | € 1.182,00 |



FORMA  
TIPO  
D

## CONTRIBUTI ANNO 2024 PER PERSONA

|                               |          |                               |            |
|-------------------------------|----------|-------------------------------|------------|
| fascia di età da 0 a 10 anni  | € 444,00 | fascia di età da 50 a 59 anni | € 1.212,00 |
| fascia di età da 11 a 20 anni | € 534,00 | fascia di età da 60 a 65 anni | € 1.517,00 |
| fascia di età da 21 a 30 anni | € 707,00 | fascia di età da 66 a 70 anni | € 1.591,00 |
| fascia di età da 31 a 49 anni | € 969,00 | fascia di età oltre 70 anni   | € 1.783,00 |



FORMA  
TIPO  
Dplus

## CONTRIBUTI ANNO 2024 PER PERSONA

|                               |            |                               |            |
|-------------------------------|------------|-------------------------------|------------|
| fascia di età da 0 a 10 anni  | € 518,00   | fascia di età da 50 a 59 anni | € 1.641,00 |
| fascia di età da 11 a 20 anni | € 604,00   | fascia di età da 60 a 65 anni | € 2.398,00 |
| fascia di età da 21 a 30 anni | € 792,00   | fascia di età da 66 a 70 anni | € 2.523,00 |
| fascia di età da 31 a 49 anni | € 1.206,00 | fascia di età oltre 70 anni   | € 2.712,00 |

Una misura dipesa dall'andamento dell'inflazione e dal diffuso aumento generalizzato dei costi delle prestazioni sanitarie che le Strutture Convenzionate richiedono, ma che ci consente di mantenere un adeguato equilibrio fra qualità del servizio e capacità di far fronte alla spesa sanitaria. È stata una scelta sofferta, ma necessaria per raggiungere quell'equilibrio indispensabile soprattutto per le Società di Mutuo Soccorso, come Ente Mutuo, per adempiere alla missione di "essere fedeli per tutta la vita" in un contesto economico instabile.

**Ricordiamo che Ente Mutuo è dei soci ed esiste dal 1955, la sua longevità è segno di una costante ed attenta gestione.**

Con l'occasione si specifica che le modifiche al Regolamento deliberate dall'Assemblea sono state minimali, trattandosi prevalentemente di specifiche e/o integrazioni di articoli in essere. È possibile prenderne visione dalla lettura delle pagine successive nella prefazione.

Di seguito, come preannunciate, le **principali modifiche** relative al **regolamento 2024**:

### Art. 3 - ISCRIZIONE

...si rinnova tacitamente di anno in anno...**o, se dotato, a mezzo di posta elettronica certificata**...entro e non oltre il **31 Ottobre**...

*Cambia la data entro la quale inviare sia la disdetta sia la richiesta di variazione di forma dal 30 Settembre al 31 Ottobre e viene introdotta la possibilità di comunicare questi cambiamenti via PEC (per chi ne è dotato)*

### Art. 5 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

**Ente Mutuo non è tenuto ad avvisare il Socio ... durante il periodo di morosità. ... il mancato pagamento ... non comporta la cessazione del rapporto associativo ...**

*Vengono meglio esplicitate le condizioni associative e le regole relative alla morosità*

### Art. 9 - FORME DI ASSISTENZA

... Eventuali richieste di variazione ... entro il **31 ottobre** di ciascun anno



*Viene posticipata al 31 Ottobre la possibilità di richiedere i cambi di forma per l'anno successivo*

**Art. 10.1.2 - Altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (B, D e Dplus)**

Per le prestazioni di laboratorio di analisi ... massimale annuo di spesa annuo pari ad **€ 100** ...

*Considerato che le prestazioni di laboratorio erogate in regime SSN (ovvero con pagamento del ticket) non sono soggette a liste di attesa, Ente Mutuo, con l'obiettivo di efficientare l'utilizzo del massimale e la gamma di prestazioni eseguibili, invita i Soci ad adottare questo comportamento virtuoso, prevedendo comunque in caso di necessità la possibilità di effettuare esami di laboratorio in convenzione diretta con l'applicazione fino a un massimale a persona di € 100 anziché € 200.*

**Art. 10.1.3 - Prestazioni odontoiatriche (tipo B, D e Dplus)**

...Gengivectomia...**(fornire documentazione)**

*Relativamente alle prestazioni odontoiatriche viene richiesta la documentazione medica a giustificazione degli interventi*

**Art. 10.2 - Assistenza ospedaliera**

L'IVA ... viene rimborsata fino al limite massimo del **10%**. Le prestazioni di cataratta ... verranno rimborsate - siano esse garantite da Strutture convenzionate o non convenzionate - secondo la valorizzazione stabilita ... **(prestazioni a pacchetto)**, indipendentemente dalla forma di assistenza sottoscritta. Per l'intervento di **artroprotesi anca** totale **in forma diretta, nel caso in cui il costo della protesi scelta superi l'importo** stabilito con la struttura sanitaria convenzionata, la **differenza rimarrà a carico dell'Assistito** indipendentemente dalla forma di assistenza sottoscritta. **Per le forme C D e Dplus** le prestazioni che prevedono **l'utilizzo della strumentazione** ... verrà rimborsata ... **nella misura del 50%** della spesa sostenuta.

*Viene meglio specificata la logica dei rimborsi "a pacchetto" nelle prestazioni ospedaliere per tutte le forme e viene normato l'utilizzo della strumentazione ad alto costo*

**Art. 11 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI - 008**

... nonché ai **cambi di forma** ... **la prestazione verrà trattata come previsto dalla forma precedente**

*Viene meglio ribadito che per i cambi di forma a forme di copertura superiori, le preesistenze per i primi 2 anni verranno trattate come da forma di copertura precedente*

**Allegato 4 - Forma Dplus**

Il rimborso massimo a "Pacchetto" per intervento di Artroprotesi anca è definito come segue:

- PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 18.000,00
- PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE BILATERALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 27.000,00

**Allegato 9 - CHIRURGIA DELLA MAMMELLA**

Premesse specifiche di branca: \*Rimodellamento seno solo dopo intervento di mastectomia totale. Il rimborso è previsto unicamente in caso di mastectomia radicale. *Vengono meglio definite le aree di intervento delle prestazioni*

**Allegato 9 - CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA**

Premesse specifiche di branca: \*Rimodellamento seno solo dopo intervento di mastectomia totale. Il rimborso è previsto unicamente in caso di mastectomia radicale. *Vengono meglio definite le aree di intervento delle prestazioni*

**Allegato 9 - 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).

*Viene meglio specificata la presenza di pacchetti per le prestazioni*

**Allegato 9 - "OCULISTICA" - "CRISTALLINO"**

Premesse specifiche di branca: l'intervento di cataratta concomitante (cod. 13194) 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.

Ente Mutuo Regionale conferma infine la volontà di essere al fianco dei Soci, poiché, come da Statuto, intende essere "fedele per tutta la vita".

A nome del Consiglio di Amministrazione e di tutto il Personale, Ente Mutuo Regionale Vi ringrazia per la fiducia che potete nel nostro operato e per la Vostra sensibilità nei confronti della nostra attività mutualistica e di solidarietà no profit.

Con i migliori saluti.

*Il Direttore*  
*dr. Giuseppe dalla Costa*

*Il Vice Presidente Delegato*  
*Cav. Uff. Carlo Alberto Panigo*



# REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo



Articoli da 1 a 17 del Regolamento  
in vigore dal 1° Gennaio 2024

# REGOLAMENTO

## ART. 1 - PREMESSA

Ente Mutuo Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS (nel prosieguo Ente Mutuo) costituito sotto gli auspici di Unione Confcommercio - Imprese per l'Italia Milano, Lodi, Monza e Brianza (di seguito Unione Confcommercio), presta le assistenze mediche descritte negli articoli da 9 a 17 del presente Regolamento a favore dei propri Soci e degli iscritti "Aventi Diritto" che ne abbiano accettato Statuto e Regolamenti, presentando apposita domanda di iscrizione. Il trattamento dei dati personali, con l'esplicito consenso di tutti gli iscritti, è finalizzato all'erogazione dei servizi.

## ART. 2 - SOCI ORDINARI

Possono iscriversi ad Ente Mutuo in qualità di Soci gli operatori 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, sia 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 Unione 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 Unione Confcommercio, facendone domanda, ottengano parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, delegabile al Comitato esecutivo di cui all'Art. 15, comma 4, lett. f. dello Statuto, qualora nominato.

Mantengono la qualifica di Socio coloro che ai sensi delle precedenti disposizioni statutarie e regolamentari erano qualificati tali alla data del 19 dicembre 2022, data di entrata in vigore del nuovo Statuto di Ente Mutuo.

## ART. 3 - ISCRIZIONE

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, se dotato, a mezzo di posta elettronica certificata, da inviarsi entro e non oltre il 31 ottobre di ogni anno. Il predetto termine è perentorio. Si rimanda all'Art. 7 del Regolamento Attuativo dove sono indicati gli effetti del recesso.

L'iscrizione 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 privata, purché ne fornisca la prova documentale.

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 e l'elenco di tutti i componenti del nucleo familiare che obbligatoriamente devono essere compresi nell'iscrizione in qualità di "Aventi Diritto".

L'iscrizione è ammessa sino al cinquantacinquesimo anno di età per le forme C, D e *Dplus* e al sessantaduesimo anno di età per la forma B.

Nel corso del rapporto associativo ogni variazione delle condizioni dichiarate dovrà essere tempestivamente denunciata entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, 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 nessuna forma di sospensione dell'iscrizione all'Ente.

## ART. 4 - CONTRIBUTI ASSOCIATIVI O INTEGRATIVI

Tutti i contributi, statutariamente stabiliti dal Consiglio di Amministrazione sia per i Soci che per gli "Aventi Diritto", devono essere corrisposti anticipatamente dal Socio secondo le modalità ed i termini di anno in anno stabiliti.

I Contributi sono deliberati in cifra annuale e non sono divisibili in relazione ad eventi che possano verificarsi nel corso dell'anno quali, a titolo meramente esemplificativo: cessazioni di attività, trasferimento di residenza, decessi, etc.

Per i Soci di cui all'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.

La reiscrizione del Socio a Unione Confcommercio comporta la facoltà di ottenere lo storno del contributo integrativo solo ed esclusivamente per l'anno in cui viene presentata la domanda e questa sia accolta da Ente Mutuo.

Ai Soci morosi, che sono in ogni caso obbligatoriamente tenuti al pagamento dei contributi relativi all'annualità in corso, verranno addebitati gli interessi legali.

Ai Soci che siano stati sempre puntuali nei pagamenti e che risultino iscritti, continuativamente, per almeno dieci anni, dall'undicesimo anno verranno applicate riduzioni ai contributi associativi, stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione. 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 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 avvisare il Socio e "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 "Aventi Diritto" il diritto all'erogazione dei sussidi, anche in forma indiretta e encorché non siano stati liquidati da Ente Mutuo.

Soltanto dopo 30 giorni dal pagamento degli importi a qualsiasi titolo dovuti, il Socio e conseguentemente gli "Aventi Diritto", saranno riammessi al diritto delle prestazioni.

#### **ART. 6 - DECORRENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI**

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

- 30 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- 90 giorni dopo l'iscrizione per l'assistenza ospedaliera;
- 300 giorni dopo l'iscrizione per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse.

Il coniuge ed i figli di tutti gli iscritti, hanno diritto alle prestazioni ambulatoriali rispettivamente dalla data di matrimonio e di nascita e l'iscrizione, in assenza della quale alcuna prestazione verrà riconosciuta, deve obbligatoriamente avvenire entro 30 giorni dall'evento. Resta fermo il termine di 300 giorni dal quale decorre il diritto alle prestazioni per il ricovero per l'espletamento del parto e per le prestazioni ad esso connesse, In caso di parto il termine di 300 giorni, indicato nei commi, si computa 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 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, se dotato, a mezzo di posta elettronica certificata, al Socio e ai rispettivi "Aventi Diritto" 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.

#### **ART. 8 - REVOCA E PERDITA DELLA QUALITÀ DI SOCIO**

La revoca della qualità di Socio potrà essere decisa dal Consiglio di Amministrazione allorché vengano meno i presupposti per l'iscrizione a Ente Mutuo ed in particolare in caso di morosità nel pagamento dei contributi, a partire dall'anno successivo alla condizione di morosità rappresentata.

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 eventualmente maturati 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

Le forme di assistenza tipo B, C, D, *Dplus* 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 al Consiglio di Amministrazione che delibererà in merito entro il 31 ottobre di ciascun anno, per avere efficacia, nel caso di accettazione, a decorrere dal primo gennaio dell'anno successivo.

Ogni variazione del tipo di forma è consentita, nel rispetto dei limiti di età previsti dall'Art. 3, dopo un periodo minimo 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 sessantesimo anno di età non potranno richiedere il passaggio alla forma di assistenza più completa. Le forme di assistenza sono:

Tipo B (Art. 13), Tipo C (Art. 14), Tipo D (Art. 15) e Tipo *Dplus* (Art. 16).

## ART. 10 - PRESTAZIONI

L'assistenza agli iscritti nelle varie forme indicate per tipo è erogata in forma diretta, tramite strutture sanitarie convenzionate per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale ed in forma indiretta per mezzo di rimborsi. 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 Regionale Unione Confcommercio Società di Mutuo Soccorso - ETS.

È onere dell'iscritto, anche tramite un suo delegato, richiedere, direttamente a Ente Mutuo le succitate proroghe, che dovranno pervenire a Ente Mutuo tassativamente non oltre 3 (tre) giorni lavorativi (sabato escluso) antecedenti al termine dei 10 giorni della prima degenza.

In caso di ricoveri in assistenza diretta in Strutture sanitarie convenzionate, a cui spetta tale incombenza sarà comunque onere dell'iscritto attivarsi diligentemente affinché le succitate proroghe vengano richieste nei termini indicati al punto che precede. Ogni ritardo, indipendentemente da ogni e qualsiasi causa, comporterà il legittimo diniego di Ente Mutuo alla concessione della proroga richiesta.

L'erogazione delle prestazioni avviene con i criteri di rimborso, le modalità e le limitazioni presenti nel Regolamento e negli allegati.

L'esclusione di una patologia comporta l'esclusione di ogni prestazione ad essa correlata.

Per quanto attiene al passaggio a una forma più completa, le patologie preesistenti saranno assoggettate alle regole della forma di assistenza precedente (secondo Art. 11 - punto 008 del vigente Regolamento).

Per il passaggio dalla forma B ad una forma superiore, 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.

La documentazione delle spese sanitarie, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'Istituto/ospedale curante, deve essere consegnata in copia libera ad Ente Mutuo e in regola con le leggi fiscali vigenti ed allegata unitamente ai diversi moduli predisposti per ogni evenienza (allegati 1, 3, 8). Non si rimborsano fatture in acconto, se non accompagnate a quelle a saldo e non si rimborsano prestazioni non ancora interamente eseguite. Con riferimento alla normativa fiscale in tema di bollo (DPR 642/1972) l'applicazione dell'imposta di bollo, ove dovuta, rimane a carico dell'intestatario della fattura. Sono soggette a rimborso 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 (visita, storia clinica, chiarimenti vari, etc.) e di richiedere tutta la documentazione che si ritenga utile acquisire agli atti. L'assistito che non ottemperi nei termini indicati alle richieste di Ente Mutuo decade dal diritto al rimborso.

L'assistenza si articola nelle seguenti prestazioni:

### ■ 10.1) Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni medico specialistiche vengono erogate in forma diretta presso strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione emessa da Ente Mutuo su richiesta o referto del medico curante (medico di base/specialista) con validità di 12 mesi dalla data del rilascio.

La richiesta, o referto, del medico curante con diagnosi è necessaria per tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'unica eccezione delle visite specialistiche che possono essere richieste direttamente dal Socio e/o "avente diritto" tramite apposita autocertificazione (allegato 2), nei limiti di quanto stabilito nell'Art. 10.1.1.

L'autorizzazione ha una validità di 30 giorni dalla data del rilascio; può essere rinnovata con analoga validità di 30 giorni nel corso dell'anno di competenza, ma entro e non oltre il 31 Gennaio dell'anno successivo.

La richiesta di annullamento dell'autorizzazione relativa all'anno di competenza precedente deve essere fatta entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo.

Non è consentito richiedere o emettere l'autorizzazione dopo che sono già state erogate le prestazioni. La richiesta, o referto, deve necessariamente rimanere allegata all'autorizzazione.



### ■ 10.1.1) Visite specialistiche (tipo B, D e Dplus)

Le visite specialistiche sono erogate o rimborsate fino ad un massimo di 7 all'anno per persona indipendentemente dalla branca specialistica; dall'ottava visita, solo per la forma diretta, il 50% del costo della prestazione sarà a carico dell'assistito; per la forma indiretta i rimborsi verranno erogati regolarmente. Si precisa, inoltre, che dalla terza visita di medesima branca è tassativamente necessario produrre richiesta del medico curante riportante la diagnosi, in caso contrario non potrà essere rilasciata la relativa autorizzazione.

Da tale Regola sono escluse:

- Ostetricia
- Pediatria
- Fisiatria (massimo 2 visite all'anno tra forma diretta e indiretta)
- Agopuntura (massimo 2 visite all'anno solo in forma indiretta)
- Odontoiatria - regolamentata dall'Art. 10.1.3

In forma diretta, rientrano nel massimale di 7 visite annue anche 2 visite dietologiche, purché effettuate da un medico laureato in medicina e chirurgia, che si occupa di nutrizione e specializzato in scienze dell'alimentazione.

Le visite specialistiche in forma diretta sono erogate presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

Nel caso di superamento dei massimali di spesa deliberati dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4), si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".

In forma 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 fruitive all'estero.

Alla richiesta di rimborso (allegato 1), vanno allegate le copie libere delle fatture quietanzate recanti il nominativo del medico che ha effettuato la visita, la tipologia della stessa, l'eventuale specializzazione posseduta dal professionista, il numero delle visite, gli importi di ogni singola visita, le date di ogni singola visita e la richiesta del medico curante con la diagnosi di malattia.

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

Le altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (radiologia diagnostica, prestazioni di laboratorio, prestazioni di diagnostica strumentale, terapia fisica, respiratoria e riabilitativa) sono erogate gratuitamente in forma diretta per l'intero arco dell'anno entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 "Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3".

Le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione inerenti la 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 l'anno 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  Rieducazione Neuromotoria  
 Riabilitazione Post-traumatica  Trattamento osteopatico (solo in forma indiretta max 3 all'anno)

- 2° Gruppo:  Idrochinesiterapia  Ginnastica vascolare in acqua.

Fanno eccezione le prestazioni:

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

Per le prestazioni di laboratorio di analisi in forma diretta è previsto, all'interno del massimale di spesa individuale annuo, un massimale annuo di spesa pari a € 100,00, oltre a tale importo il socio avrà a proprio carico il 100% della spesa eccedente. In forma indiretta possono essere rimborsate soltanto le prestazioni ambulatoriali riportate nel "Nomenclatore tariffario dei rimborsi per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" (allegato 5); non sono previsti rimborsi per le altre prestazioni specialistiche non presenti nel Nomenclatore tariffario.

In particolare è esclusa la forma di assistenza indiretta per: scintigrafie, prestazioni di laboratorio, risonanza magnetica nucleare (R.M.), tomografia computerizzata (T.C.) e densitometria ossea (M.O.C.), salvo le prestazioni riportate nell'allegato

5. Per i piccoli interventi/atti medici di chirurgia ambulatoriale dermatologica, che non necessitano dell'utilizzo della sala operatoria, l'Ente 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 fruitive 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 forma diretta e indiretta.

Alla richiesta di rimborso (allegato 1), vanno allegare 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 (tipo B, D e Dplus)

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute dall'Ente in forma diretta entro i limiti e i massimali previsti dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) presso le strutture sanitarie convenzionate con l'Ente.

In caso di superamento degli stessi si applicano le quote a carico descritte nell'Art. 10.1.4 “Disposizioni di carattere generale relative agli Artt. 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3” del presente Regolamento.

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute dall'Ente in forma 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 forma 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 forma diretta e indiretta:

- 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).

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 forma indiretta (allegato 1), l'assistito dovrà presentare copia libera della fattura quietanzata con la specifica dettagliata delle singole prestazioni effettuate con relativi onorari, le date in cui sono state effettuate le prestazioni e la “Scheda riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche” (allegato 8) debitamente compilata e la documentazione sanitaria (opt, rx-endorali, fotografie, cartella clinica, etc...) attestante la necessità e veridicità delle prestazioni effettuate. In caso di documentazione non idonea o insufficiente, non verrà erogato alcun rimborso.

Ente Mutuo si riserva la facoltà di convocare a visita l'assistito e richiedere in visione l'esame ortopantomografico delle arcate dentarie, le radiografie endorali ed ogni altra documentazione sanitaria che ritenga opportuno acquisire agli atti.

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

Qualora nel corso dell'anno solare il totale del valore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate in strutture sanitarie convenzionate, nonché i rimborsi effettuati all'assistito (escluse le spese per assistenza ospedaliera e i contributi per altre prestazioni come il contributo di natalità, i ticket rimborsati per le sole prestazioni di laboratorio, i rimborsi per prestazioni come apparecchi ortodontici, trasporto autoambulanza, lenti correttive della vista) superi gli importi 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 20% se la spesa eccedente sarà inferiore o pari alla metà del massimale fissato di anno in anno;
- per il 30% se la spesa eccedente sarà superiore alla metà del massimale fissato di anno in anno;
- per il 50% se l'assistito avrà superato del doppio il massimale previsto;
- 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 non usufruito. Tale quota aumenterà pertanto il massimale individuale stabilito dal Consiglio di Amministrazione. La quota a credito cumulata nel corso degli anni non potrà essere superiore al massimale annuo spettante al nucleo familiare (all. 4).

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

## ■ 10.2) Assistenza Ospedaliera

L'Ente si riserva la possibilità di poter inviare presso la struttura un proprio Consulente Medico per le eventuali verifiche dell'iter diagnostico del paziente. Si riserva, inoltre, di convocare l'assistito per eventuali approfondimenti. In caso di interventi di blefarocalasi, rinoseptoplastica, ptosi, ernie ombelicali ed altri casi che possono ravvisare interventi di chirurgia estetica, è necessario effettuare visite pre e post operatorie presso il Consulente Medico di Ente Mutuo.

Il rimborso per ricovero o day hospital o day surgery è tassativamente escluso nei casi riportati nell'Art. 11 e limitato agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

L'importo del massimale complessivo annuale per l'assistenza ospedaliera (diretta ed indiretta) riconosciuto ad ogni assistito è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4).

Nessun rimborso è possibile se, dalla documentazione inviata, non risulta chiaramente che la struttura in questione è una struttura sanitaria autorizzata.

Per "day hospital" o "day surgery" si intende il ricovero limitato ad una sola giornata senza permanenza notturna, per tutte quelle patologie medico-chirurgiche che richiedono procedure diagnostiche e terapeutiche anche in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Sono riconosciute le prestazioni in forma diretta e indiretta solo agli assistiti in regola con i pagamenti come previsto dall'Art. 5 del presente Regolamento.

L'assistenza ospedaliera in forma diretta, presso strutture sanitarie convenzionate, è erogabile solamente previa acquisizione da parte della struttura di autorizzazione scritta di Ente Mutuo, che l'assistito è tenuto a verificare per conoscere se l'Ente si è assunto o meno la copertura delle spese sanitarie.

Per le forme C/D/Dplus sono riconosciuti come esami pre-ricovero: esami ematochimici, visita anestesiologicala, visita cardiologica ed elettrocardiogramma, rx torace.

L'Iva, sia per prestazioni sanitarie erogate in forma diretta che indiretta, viene rimborsata fino al limite massimo del 10%.

In caso di eventuali aumenti, la differenza resterà a carico dell'assistito.

Le prestazioni di cataratta, pancolonscopia operativa, esofagogastroduodenoscopia operativa, artroprotesi anca totale, verranno rimborsate - siano esse garantite da Strutture convenzionate o non convenzionate - secondo la valorizzazione stabilita dal vigente Nomenclatore Tariffario (prestazioni a pacchetto) indipendentemente dalla forma di assistenza sottoscritta.

Non è possibile scegliere un'equipe chirurgica non convenzionata laddove è previsto, in convenzione diretta, un "pacchetto" per l'intervento scelto.

Per l'intervento di artroprotesi anca totale in forma diretta, nel caso in cui il costo della protesi scelta superi l'importo stabilito con la struttura sanitaria convenzionata, la differenza rimarrà a carico dell'Assistito indipendentemente dalla forma di assistenza sottoscritta.

Per le forme C, D e Dplus le prestazioni che prevedono l'utilizzo della strumentazione ad esempio: di Robot Da Vinci, Robotic Assisted Surgery (RSA - qualsiasi tipo), Cyberknife, Gammaknife, Rosa Knee Robot, apparecchiatura robotica per interventi chirurgici oncologici, e relativi dispositivi monouso, verrà rimborsata nella misura del 50% della spesa sostenuta.

Per gli interventi di protesi di anca o di ginocchio, fermo quanto disposto dall'Art. 11, nel caso di cambio di forma di assistenza a una classe superiore, se non decorsi i 5 anni dal passaggio, la copertura (diretta o indiretta) sarà quella prevista dalla forma di assistenza precedente.

### ■ 10.2.1) Per i soli iscritti alla forma B

#### ➤ Partecipazione alla spesa.

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata dall'Ente, con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza) presso strutture sanitarie private o reparto solerti di strutture sanitarie pubbliche, l'Ente riconosce una partecipazione alla spesa per un importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4) e con un massimale annuo di 30 giorni di degenza, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9) e con l'esclusione dei ricoveri per i punti indicati nell'Art. 11 del Regolamento.

L'assistito dovrà far pervenire all'Ente la richiesta di rimborso (allegato 3), copia libera delle fatture quietanzate, fatta eccezione per la sola copia 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 all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

### ■ 10.2.2) Per i soli iscritti alla forma C e D

#### ➤ Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate.

L'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta in Italia o all'estero. Il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata da Ente Mutuo con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica. L'assistito dovrà provvedere direttamente al saldo delle spese relative al ricovero. Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) dovrà presentare a Ente Mutuo copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, fatta eccezione per la sola copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro

in originale dell'istituto/ospedale curante.

Ente Mutuo riconosce secondo il Nomenclatore tariffario:

- a) la spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dello strumentista/ferrista durante il ricovero (che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza - visite ed altre prestazioni - prestata dall'équipe medico chirurgica durante l'intero arco del ricovero); se gli interventi chirurgici, in regime di ricovero, sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (allegato 9 parte 1);
- b) la spesa prevista per l'assistenza medica nei ricoveri medici senza intervento chirurgico in regime di ricovero, comprendente tutte le prestazioni dei medici del reparto di ricovero (allegato 9 parte 2);
- c) la spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in cartella clinica (allegato 9 parte 3);
- d) il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche dell'uso di qualsiasi attrezzatura (allegato 9 parte 4);
- e) l'importo per la degenza (allegato 9 parte 5);
- f) il rimborso nella misura del 60% della spesa sostenuta per i medicinali e i materiali utilizzati durante il ricovero e il 50% per i materiali ad alto costo. I prezzi fatturati non possono in ogni caso superare quelli pubblicati annualmente dall'Informatore Farmaceutico;
- g) il 60% dei costi per eventuali endoprotesi, entro il limite massimo rimborsabile di € 5.000,00;
- h) il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini).

Ente Mutuo, per i punti sopra indicati a), b), c), d), e), riconosce il rimborso nei limiti massimi dell'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione e pubblicato sul "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9). Il ricovero per parto, viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

#### ➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo.**

Gli assistiti delle forme di assistenza tipo C e D potranno accedere direttamente a queste strutture sanitarie, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta.

Le spese sanitarie sostenute, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito, saranno saldate per il 20% dall'assistito mentre il restante 80% verrà saldato da Ente Mutuo.

In questo caso l'assistito è libero di recarsi presso la struttura sanitaria da lui prescelta tra quelle convenzionate e di scegliere l'équipe medica preferita tra quelle che hanno aderito alla convenzione.

Non è possibile scegliere solo una parte dell'équipe convenzionata.

In caso uno o più componenti dell'équipe non avessero accettato la convenzione, tutta l'équipe è considerata non convenzionata. L'Ente rimborsa in convenzione l'onorario previsto per l'équipe completa; per tale motivo l'assistito non può richiedere il rimborso in assistenza indiretta dell'onorario di un sanitario non facente parte dell'équipe chirurgica convenzionata.

Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medica non convenzionata, ai fini del pagamento dovrà:

- saldare le spese extra in genere ed il 20% delle spese addebitate dalla struttura sanitaria (il residuo 80% è a carico dell'Ente).
- saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe medica e inoltrare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3) la copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate che verranno rimborsate secondo il "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9 parte 1).

#### ➤ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

In tal caso l'assistito dovrà presentare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

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

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9). Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital,

ma con accesso-erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami prericovero.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

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

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 - punto 022 in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4).

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante nonché le eventuali copie libere delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

#### ➤ **Chirurgia dermatologica - rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico.

L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica, che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante o in mancanza di questa la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

### ■ **10.2.3) Per i soli iscritti alla forma Dplus**

#### ➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie non convenzionate.**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery in Italia o all'estero (il ricovero all'estero necessita di autorizzazione preventiva rilasciata dall'Ente con l'eccezione degli interventi documentati di urgenza medica) presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private non convenzionate, è previsto il rimborso del 60% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito.

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Per gli interventi di artroprotesi anca, è previsto un rimborso massimo a pacchetto corrispondente a quanto indicato nell'allegato 4.

Per i ricoveri per l'espletamento del parto è previsto un rimborso massimo omnicomprensivo che sarà rispondente all'importo stabilito di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente (allegato 4).

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Il ricovero per parto, viene riconosciuto purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

#### ➤ **Ricovero o day hospital o day surgery presso strutture sanitarie convenzionate direttamente con Ente Mutuo.**

Gli assistiti della forma di assistenza tipo Dplus, previa autorizzazione scritta rilasciata da Ente Mutuo alla struttura stessa, potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate ed usufruire della équipe medica che ha aderito alla convenzione senza sostenere alcun onere, salvo il pagamento delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito. Nel caso in cui l'assistito intenda avvalersi di un'équipe medica non convenzionata, dovrà saldare il 100% delle spese addebitate dall'équipe medica e successivamente inoltrare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato



3), copia libera delle fatture relative quietanzate con specifica dettagliata delle singole voci di spesa e la copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Le fatture verranno rimborsate nella misura del 60%, limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Il ricovero per parto con équipe medico/chirurgica non convenzionata verrà considerato totalmente in forma indiretta.

#### ➤ **Passaggio di classe (differenza alberghiera).**

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del servizio pubblico, tranne che per il pagamento della differenza della retta di degenza, Ente Mutuo riconosce un importo giornaliero stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

In tal caso l'assistito dovrà presentare all'Ente, oltre alla domanda di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate.

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

In caso di ricovero o day hospital o day surgery totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie private accreditate, per cui Ente Mutuo non è gravato da alcun onere, è riconosciuta un'indennità economica giornaliera per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4), con esclusione delle malattie indicate nell'Art. 11 e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore tariffario dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9).

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso-erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

L'indennità economica non viene riconosciuta in caso di esami prericovero.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

L'indennità economica, nei ricoveri per parto, viene riconosciuta purché il neonato venga iscritto all'Ente entro 30 giorni dall'evento e la madre abbia maturato il diritto all'assistenza al parto.

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

Nei casi di ricoveri per riabilitazione presso strutture sanitarie pubbliche o private, a seguito di intervento cardiologico a torace aperto e di protesi d'anca e di ginocchio, conformemente a quanto previsto nell'Art. 11 - punto 022 in luogo del rimborso per ricovero, è riconosciuto un contributo economico giornaliero per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4).

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata. L'assistito dovrà far pervenire all'Ente, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3) copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, nonché copia libera delle relative fatture quietanzate in caso di ricovero presso struttura sanitaria privata.

#### ➤ **Chirurgia dermatologica - rimborso indiretto**

Per gli interventi che riguardano la chirurgia dermatologica in genere (fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti) e che necessitano dell'utilizzo di sala operatoria, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (reparto solventi) e private, è riconosciuta una partecipazione alla spesa per un importo stabilito dal Consiglio di Amministrazione, fino alla concorrenza di un massimale annuo (allegato 4). Si precisa altresì che sono escluse dal rimborso tutte le applicazioni di carattere estetico.

L'assistito dovrà far pervenire a Ente Mutuo, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante, o, in mancanza di questa, la descrizione dell'intervento corredata da copia libera delle fatture quietanzate accompagnate dal referto istologico.

### ■ **10.2.4) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo C, D)**

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

- a) la spesa prevista in caso di intervento chirurgico per le prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesta e dello strumentista/ferrista che deve intendersi comprensiva anche di tutta l'assistenza - visite ed altre prestazioni

- prestata dall'équipe medico chirurgica; se gli interventi chirurgici sono diversi (più di uno), viene corrisposta la tariffa massima per l'intervento principale (o economicamente più oneroso), mentre per gli altri la tariffa viene ridotta del 50% (allegato 9 parte 1);

- b)** la spesa prevista per i consulti medici richiesti e documentati in diario operatorio (allegato 9 parte 3);
- c)** il costo per la sala operatoria che deve intendersi comprensivo anche del costo dei materiali, farmaci, anestetici, apparecchiature (allegato 9 parte 4);
- d)** il 60% della spesa sostenuta per prestazioni di diagnostica (di laboratorio o strumentale o per immagini) preintervento o eseguite durante l'intervento e per altre prestazioni sanitarie documentate in diario operatorio come ad esempio un esame istologico.

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

### ■ 10.2.5) Interventi di chirurgia ambulatoriale (tipo Dplus)

In caso di intervento di chirurgia ambulatoriale presso strutture sanitarie non convenzionate, Ente Mutuo prevede, in caso di assistenza indiretta, una contribuzione pari al 60% della spesa sostenuta con l'esclusione dell'imposta di bollo e delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito e limitatamente agli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore dell'assistenza ospedaliera" (allegato 9 parte 1).

Tale rimborso comunque non potrà essere inferiore all'importo previsto dal Nomenclatore tariffario, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Per ottenere il rimborso oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante del diario operatorio o lettera di dimissione e, se presente, referto esame istologico. In caso di assistenza diretta, presso strutture sanitarie convenzionate con Ente Mutuo, la spesa è totalmente a carico dell'Ente, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata prescelta, con l'esclusione delle spese extra in genere che saranno totalmente a carico dell'assistito.

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

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

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

Gli assistiti che devono effettuare trattamenti di terapia medica oncologica in ricovero o in day hospital per chemioterapia antitumorale, immunoterapia, ormonoterapia e tutte le prestazioni ad esse correlate (esami di laboratorio e diagnostici, impianto di CVC e rivalutazioni cliniche), potranno accedere direttamente alle strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione scritta rilasciata direttamente da Ente Mutuo alla struttura convenzionata, sostenendo un costo pari al 60% dell'importo complessivo della spesa, con l'esclusione delle spese extra in genere, quali, a titolo esemplificativo, quelle per telefono, consumazioni al bar o al ristorante, spese di vitto per l'accompagnatore, cartella clinica, coperture assicurative, diritti di segreteria, spese amministrative, imposta di bollo, etc. che saranno totalmente a carico dell'assistito.

In caso di assistenza indiretta, sarà riconosciuto un rimborso pari al 40% della spesa sostenuta, con l'esclusione delle spese extra in genere.

Per ottenere il rimborso, oltre alla richiesta di rimborso (allegato 3), l'assistito dovrà presentare all'Ente copia libera delle fatture quietanzate riportanti la specifica dettagliata delle varie voci di spesa con i singoli importi, nonché copia della cartella clinica che dovrà essere rilasciata con timbro in originale dell'istituto/ospedale curante.

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale o day hospital, ma con accesso erogazione MAC o BOCA, non prevedono il riconoscimento dell'indennità economica.

Le prestazioni di radioterapia ambulatoriale non sono previste.

### ■ 10.3) Altri Contributi

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

### ■ 10.3.1 Contributo di natalità (tipo B)

In caso di nascita di figlio di soggetto assistibile, viene corrisposto un contributo straordinario nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (allegato 4); la liquidazione avviene purché il neonato venga iscritto 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 le spese ospedaliere di cui all'Art. 10.2.1; è riconosciuto il maggior importo a vantaggio dell'assistito.

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

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

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

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

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

Il trattamento ortodontico, mediante applicazione di apparecchi atti a correggere malformazioni dentarie, è riconosciuto in forma indiretta agli assistiti di età non superiore ai 16 (sedici) anni. Il concorso alle relative spese è fissato dal Consiglio di Amministrazione per ogni anno di cura e per il periodo massimo di due anni (allegato 4).

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata al termine di ciascun anno di cura allegando i seguenti documenti:

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

Non sono rimborsabili le visite ed i controlli ortodontici.

Il ticket pagato al Sistema Sanitario Regionale per il trattamento ortodontico è considerato, ai soli fini del rimborso, come una fattura per prestazioni di ortodonzia presso strutture sanitarie private.

### ■ 10.3.5 Check-up (tipo Dplus)

È riconosciuto dall'Ente esclusivamente in forma diretta ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione, presso le strutture sanitarie convenzionate, con una quota a carico\* dell'assistito del 20% della spesa, mentre l'80% è a carico di Ente Mutuo e non grava sul massimale (allegato 10). L'erogazione di un tipo di check-up esclude ogni altro.

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

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

### ■ 10.3.6 Ticket (tipo B, D e Dplus)

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, fatto salvo quanto disposto dall'Art. 11 e dall'ultimo comma del presente articolo, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse imposta di bollo e quota addizionale regionale, o quota fissa per ricetta, o diritti 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 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, limitatamente alla sola forma di assistenza B, non rimborserà il costo dei ticket relativi a prestazioni sanitarie erogate in regime di: Day Hospital, Day Surgery, Ricoveri Ordinari, Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), BOCA, Chirurgia Ambulatoriale.

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

Qualora il Socio si avvalga di strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, Ente Mutuo, salvo le esclusioni previste dall'Art. 11, a presentazione della spesa sostenuta, rimborserà integralmente il costo del ticket, escluse 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 ticket, ai sensi delle disposizioni normative vigenti, nulla è dovuto.

\* Macro attività ambulatoriale complessa,

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

**ART. 11 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI****L'assistenza è espressamente esclusa nei seguenti casi:**

- 001.** Prestazioni sanitarie di tipo sperimentale (protocolli di studio o terapie di qualsiasi tipo e, non ultimo, terapie non ancora approvate da AIFA).
- 002.** Infertilità e patologie ad essa correlate.
- 003.** Prestazioni sanitarie effettuate da medici, chirurghi od odontoiatri non abilitati all'esercizio dell'attività professionale o da altro personale sanitario non in regola con le disposizioni legislative vigenti.
- 004.** Acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.
- 005.** Movimenti tellurici, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
- 006.** Incidenti dovuti a radiazioni provocate artificialmente da particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.
- 007.** Malattie mentali (salvo casi clinici che necessitano di intervento chirurgico).
- 008.** Malattie, cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni e patologie preesistenti di cui si sia a conoscenza o meno all'atto dell'iscrizione o al momento della variazione di forma di assistenza anche in assenza di sintomatologia ; in merito alle patologie preesistenti, anche in assenza di sintomatologia, si specifica che sono escluse dall'assistenza tutte le prestazioni di intervento e/o di ricovero per i primi due anni successivi all'iscrizione, nonché al cambio di forma; in questo ultimo caso la prestazione verrà trattata come previsto dalla forma di assistenza precedente.
- 009.** Malattie sessualmente trasmissibili e patologie ad esse correlate.
- 010.** Protesi d'anca e di ginocchio salvo che siano decorsi 5 anni dalla data di iscrizione o dal cambio di forma dalla B a una superiore.
- 011.** Forme croniche e recidivanti e patologie ad esse correlate, tranne che per patologie neoplastiche.
- 012.** Forme congenite.
- 013.** Reinterventi chirurgici e patologie ad essi correlate.
- 014.** Interventi chirurgici di qualsiasi tipo che vengono eseguiti per finalità profilattiche.
- 015.** Prestazioni chirurgiche ripetute (ambulatoriali, day hospital, day surgery o ricovero) per la medesima patologia, non si riconoscono più di due rimborsi successivi.
- 016.** Il reimpianto/sostituzione di qualsivoglia tipo di protesi, è riconosciuto dal 4° (quarto) anno, successivo al precedente impianto.
- 017.** La revisione chirurgica di protesi ortopedica di qualsiasi tipo è riconosciuta dopo almeno un anno dal primo intervento.
- 018.** Tutte le conseguenze delle patologie che sono derivate da abuso di alcool o di psicofarmaci o da un uso non terapeutico di stupefacenti e patologie ad esse correlate.
- 019.** Tutti gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano un movente politico sociale a cui il Socio ha preso parte volontariamente.
- 020.** Tutti gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Associato.
- 021.** Ricoveri presso strutture geriatriche, ricoveri lungo degenza.
- 022.** Ricoveri per cure convalescenziari, per patologie terminali e/o per cure palliative e terapie di supporto.
- 023.** Ricoveri per cure riabilitative: eccezion fatta per la riabilitazione cardiaca dopo interventi cardiologici a torace aperto e la riabilitazione dopo intervento di protesi d'anca e protesi di ginocchio (è riconosciuto un contributo economico giornaliero come previsto dall'Artt. 10.2.2 e 10.2.3 solo per le forme C, D e *Dplus*).
- 024.** Ricoveri per riabilitazione alimentare riferita anche a obesità compresi gli interventi chirurgici (qualsiasi metodica).
- 025.** Ricoveri per accertamenti diagnostici in qualsiasi regime.
- 026.** Ricoveri contrassegnati da infezioni ospedaliere.
- 027.** Ricoveri per interventi di odontoiatria.
- 028.** Tutte le applicazioni di carattere estetico e chirurgico/dermatologico salvo le neoformazioni benigne cutanee e non, di seguito descritte per cui è previsto il rimborso indiretto: fibropapillomi, fibroangiomi, dermatofibromi, fibrolipomi, angiomi rubino, cheratosi seborroiche, lipomi, verruche, cisti (vedi Artt. 10.2.2 e 10.2.3 "Chirurgia dermatologica - rimborso indiretto").
- 029.** Interventi chirurgici addominali che vengono eseguiti per finalità estetiche: addominoplastica, laparoccele, ernia ombelicale, etc...
- 030.** Intervento di ernia discale salvo che siano decorsi 2 anni dall'iscrizione o dal cambio di forma dalla B a una superiore.
- 031.** Interventi di correzione di cicatrici di qualsiasi tipo.
- 032.** Accertamenti e prestazioni di genetica e biologia molecolare non sono rimborsati, sia in regime di ricovero che ambulatoriale.
- 033.** Acquisto di farmaci.
- 034.** Assistenza infermieristica e ostetrica.
- 035.** Visite specialistiche per idoneità ad attività sportive o di tipo medico legale o per ottenimento licenze (caccia, pesca, porto d'armi, rinnovo patente, etc...).
- 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.** 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 che informa l'operato di Ente Mutuo.

#### **ART. 13 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO B**

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.1)** partecipazione alla spesa per ricoveri ordinari o day hospital o day surgery;
- 10.3.1)** contributo di natalità;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.6)** ticket.

#### **ART. 14 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO C**

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.2.2)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.4)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.7)** ticket: MAC, BOCA e chirurgia ambulatoriale.

#### **ART. 15 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO D**

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.2)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.4)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.6)** interventi per vizi di rifrazione;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.6)** ticket.

#### **ART. 16 - FORMA DI ASSISTENZA TIPO Dplus**

Delle prestazioni indicate al precedente Art. 10, nella misura fissata di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione, sono comprese le seguenti voci:

- 10.1)** prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche, altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni odontoiatriche;
- 10.2.3)** ricoveri ospedalieri;
- 10.2.5)** interventi di chirurgia ambulatoriale;
- 10.2.6)** interventi per vizi di rifrazione;
- 10.2.7)** terapia medica oncologica;
- 10.3.2)** trasporto con autoambulanza;
- 10.3.3)** lenti correttive della vista;
- 10.3.4)** cure ortodontiche;
- 10.3.5)** check-up;
- 10.3.6)** ticket.



## ART. 17 - DISPOSIZIONI FINALI

I documenti riguardanti le prestazioni sanitarie ottenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione italiana per singola voce eseguita da professionista accreditato.

È facoltà di Ente Mutuo subordinare il rimborso alla presentazione da parte dell'assistito, che provvede a proprie spese, della traduzione asseverata del documento presentato.

In caso di importi in valuta straniera è necessario indicare anche il valore in Euro, secondo il tasso di cambio della valuta alla data di pagamento della fattura.

Le richieste di rimborso delle spese sostenute dagli assistiti e le richieste di indennità economica, corredate dalle relative documentazioni, debbono in ogni caso essere inoltrate all'Ente 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. Il rimborso viene effettuato da parte dell'Ente entro il giorno 10 dei mesi di marzo - maggio - luglio - novembre e la fine dei mesi di gennaio e settembre; per i documenti pervenuti entro il giorno 15 del mese precedente alla liquidazione, salvo impedimenti di carattere eccezionale.

Il rimborso è effettuato da parte di Ente Mutuo agli assistiti esclusivamente tramite bonifico bancario; non sono previste altre forme di pagamento.

In ogni caso di assistenza per infortunio, Ente Mutuo ha diritto all'azione di rivalsa verso terzi responsabili.

Al Consiglio di Amministrazione di Ente Mutuo è riservata la facoltà di stabilire di anno in anno l'ammontare dei rimborsi riconosciuti dall'Ente 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 dell'Ente [www.entemutuomilano.it](http://www.entemutuomilano.it).

Qualora l'associato abbia contratto una polizza assicurativa idonea a coprire, anche parzialmente, i costi dell'evento sanitario cui si sottopone, Ente Mutuo non sarà obbligato al rimborso delle spese mediche coperte dall'assicurazione in essere. Ente Mutuo rimborserà, previo esame della documentazione fornita dall'associato e nei limiti del Nomenclatore tariffario vigente, la differenza tra il costo delle prestazioni sanitarie di cui abbia fruito l'assistito e gli importi oggetto di liquidazione da parte della compagnia di assicurazione, fino a quanto previsto dalla forma di assistenza dell'associato.

L'associato pertanto, al momento della presentazione della domanda di rimborso è tenuto a comunicare a Ente Mutuo eventuali rimborsi già erogati da coperture assicurative in essere e relative all'evento sanitario di cui si richiede il rimborso.

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



# REGOLAMENTO

delle forme di Assistenza tipo



Allegati da 1 a 10 al Regolamento  
in vigore dal 1° Gennaio 2024



**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 |
|-------------------------|--------------------------|----------|------|-----------------|---------|
| <b>01</b>               |                          |          |      |                 |         |
| Documentazione allegata |                          |          |      |                 |         |
| n° pr.                  | cognome e nome assistito | fatt. n° | data | ragione sociale | Importo |
| <b>02</b>               |                          |          |      |                 |         |
| Documentazione allegata |                          |          |      |                 |         |
| n° pr.                  | cognome e nome assistito | fatt. n° | data | ragione sociale | Importo |
| <b>03</b>               |                          |          |      |                 |         |
| Documentazione allegata |                          |          |      |                 |         |
| n° pr.                  | cognome e nome assistito | fatt. n° | data | ragione sociale | Importo |
| <b>04</b>               |                          |          |      |                 |         |
| Documentazione allegata |                          |          |      |                 |         |
| n° pr.                  | cognome e nome assistito | fatt. n° | data | ragione sociale | importo |
| <b>05</b>               |                          |          |      |                 |         |
| Documentazione allegata |                          |          |      |                 |         |
| <b>TOTALE</b>           |                          |          |      |                 |         |

**ALTRA DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA**

|  |  |
|--|--|
| n° pr.                                       | cognome e nome assistito                           |
| <b>01</b>                                    |  |
| <b>02</b>                                    |  |
| <b>03</b>                                    |  |
| <b>Atto Notorio</b> <input type="checkbox"/> | <b>Modello infortunio</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Traduzione</b> <input type="checkbox"/>   |  |

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**.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologica   | <input type="checkbox"/> Epatologica        | <input type="checkbox"/> Odontostomatologica   |
| <input type="checkbox"/> Anestesiologica | <input type="checkbox"/> Fisiatrice         | <input type="checkbox"/> Oncologica            |
| <input type="checkbox"/> Andrologica     | <input type="checkbox"/> Gastroenterologica | <input type="checkbox"/> Ortopedica            |
| <input type="checkbox"/> Angiologica     | <input type="checkbox"/> Geriatrica         | <input type="checkbox"/> Ostetrica             |
| <input type="checkbox"/> Cardiologica    | <input type="checkbox"/> Ginecologica       | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatrica |
| <input type="checkbox"/> ECG             | <input type="checkbox"/> Pap Test           | <input type="checkbox"/> Pediatrica            |
| <input type="checkbox"/> Chirurgica      | <input type="checkbox"/> Infettivologica    | <input type="checkbox"/> Pneumologica          |
| <input type="checkbox"/> Dermatologica   | <input type="checkbox"/> Internistica       | <input type="checkbox"/> Reumatologica         |
| <input type="checkbox"/> Diabetologica   | <input type="checkbox"/> Nefrologica        | <input type="checkbox"/> Senologica            |
| <input type="checkbox"/> Dietologica     | <input type="checkbox"/> Neurochirurgica    | <input type="checkbox"/> Urologica             |
| <input type="checkbox"/> Ematologica     | <input type="checkbox"/> Neurologica        |  |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologica | <input type="checkbox"/> 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.







**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 2024

### MASSIMALI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE



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

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

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

### ASSISTENZA OSPEDALIERA



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).



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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Documentazione da presentare:**

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

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



**Riferimento Regolamento: Artt. 10.2 e 10.2.3**

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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Documentazione da presentare:**

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

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

**Assistenza indiretta:**

Il rimborso massimo a "Pacchetto" per intervento di Artroprotesi anca è definito come segue:

PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE MONOLATERALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 18.000,00

PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE BILATERALE (trattamento completo - qualsiasi tecnica) € 27.000,00

I pacchetti comprendono: equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, materiali, utilizzo strumentazione operatoria, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia, Iva e tutto quanto inerente al ricovero e non espressamente citato.

Ricovero per parto presso strutture sanitarie private o reparti solventi di strutture sanitarie pubbliche non convenzionate.

**Documentazione da presentare:**

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

**Rimborso:** Espletamento di parto naturale: fino ad un massimale di € 5.000,00.

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



## MASSIMALI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

**Forma tipo**     
**Riferimento Regolamento: Art. 10.2.2 e Art. 10.2.3**

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

## CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI

**Contributo di natalità tipo**   
**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.

**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 2024

### **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.

| <b>Codice</b>       | <b>Descrizione prestazione</b>  | <b>Importo in €</b> |
|---------------------|---|---------------------|
| <b>ALLERGOLOGIA</b> |   |                     |
| 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               |
| <b>ANGIOLOGIA</b>   |   |                     |
| 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               |
| <b>CARDIOLOGIA</b>  |   |                     |
| 89704               | Visita cardiologica   | 50,00               |
| 89014               | Visita cardiologica di controllo  | 25,00               |
| 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               |
| <b>CHIRURGIA</b>    |   |                     |
| 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 anestesiologicala  | 50,00               |
| 89015               | Visita anestesiologicala 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               |

| Codice                         | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|--------------------------------|---|--------------|
| <b>CHIRURGIA DERMATOLOGICA</b> |   |              |
| 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        |
| <b>DERMATOLOGIA</b>            |   |              |
| 89706                          | Visita dermatologica  | 50,00        |
| 89016                          | Visita dermatologica di controllo   | 25,00        |
| <b>DIABETOLOGIA</b>            |   |              |
| 89707                          | Visita diabetologica  | 50,00        |
| 89017                          | Visita diabetologica di controllo   | 25,00        |
| <b>DOPPLER</b>                 |   |              |
| 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        |
| <b>ECOGRAFIA</b>               |   |              |
| 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        |
| 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        |
| <b>EMATOLOGIA</b>              |   |              |
| 89786                          | Visita ematologica  | 50,00        |
| 89039                          | Visita ematologica di controllo   | 25,00        |
| <b>ENDOCRINOLOGIA</b>          |   |              |
| 89708                          | Visita endocrinologica  | 50,00        |
| 89018                          | Visita endocrinologica di controllo   | 25,00        |
| <b>EPATOLOGIA</b>              |   |              |
| 89709                          | Visita epatologica  | 50,00        |
| 89019                          | Visita epatologica di controllo   | 25,00        |

| Codice                     | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|----------------------------|---|--------------|
| <b>FISIATRIA</b>           |   |              |
| 89711                      | Visita fisiatrice   | 50,00        |
| 89021                      | Visita fisiatrice di controllo  | 25,00        |
| 9992                       | Agopuntura manu medica (solo antalgica - massimo 10 sedute per anno solare)               | 30,00        |
| 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  | 12,00        |
| 93398                      | Magnetoterapia  | 8,00         |
| 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  | 30,00        |
| 98591                      | Terapia ad onde d'urto focalizzate per patologie muscolo-scheletriche                     | 50,00        |
| 93392                      | Drenaggio linfatico manuale (solo post-chirurgico)  | 20,00        |
| 93391                      | Massoterapia segmentaria (per qualunque segmento)   | 16,00        |
| 93111                      | Chinesiterapia  | 20,00        |
| 93111                      | Riabilitazione post-operatoria  | 20,00        |
| 93111                      | Riabilitazione post-traumatica  | 20,00        |
| 93311                      | Idrochinesiterapia  | 12,00        |
| 93331                      | Ginnastica vascolare in acqua   | 12,00        |
| 93111                      | Ginnastica propriocettiva e posturale   | 20,00        |
| 93111                      | Rieducazione neuromotoria   | 20,00        |
| 93111                      | Riabilitazione cardiologica   | 20,00        |
| 93111                      | Ginnastica respiratoria   | 20,00        |
| 93111                      | Riabilitazione del pavimento pelvico  | 20,00        |
| 93111                      | Trattamento osteopatico (massimo 3 sedute per anno solare)                                | 30,00        |
| 9315                       | Manipolazioni vertebrali  | 20,00        |
| 93431                      | Trazioni vertebrali cervicali   | 10,00        |
| 93431                      | Trazioni vertebrali lombosacrali  | 10,00        |
| 93431                      | Trazioni vertebrali meccaniche  | 10,00        |
| <b>GASTROENTEROLOGIA</b>   |   |              |
| 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        |
| <b>GERIATRIA</b>           |   |              |
| 89713                      | Visita geriatrica   | 50,00        |
| 89023                      | Visita geriatrica di controllo  | 25,00        |
| <b>LABORATORIO ANALISI</b> |   |              |
| 90683                      | IgE totali  | 12,00        |
| 90682                      | IgE specifiche allergologiche: screening multiallergenico qualitativo                     | 20,00        |
| <b>MEDICINA INTERNA</b>    |   |              |
| 89714                      | Visita generica   | 25,00        |
| 89020                      | Visita generica di controllo  | 21,00        |
| 89715                      | Visita internistica   | 50,00        |
| 89025                      | Visita internistica di controllo  | 25,00        |
| 89010                      | Visita di sorveglianza per terapia anticoagulante (visita di controllo)                   | 19,00        |

| Codice                           | Descrizione prestazione  | Importo in € |
|----------------------------------|--|--------------|
| <b>NEUROLOGIA</b>                |  |              |
| 8913                             | Visita neurologica   | 50,00        |
| 89026                            | Visita neurologica di controllo  | 25,00        |
| 8914                             | Elettroencefalogramma (EEG) standard o con sensibilizzazione   | 24,00        |
| 89143                            | Elettroencefalogramma dinamico 24 ore  | 28,00        |
| 89158                            | Potenziali evocati uditivi, per ricerca di soglia  | 54,00        |
| 89153                            | Potenziali evocati motori, arto superiore o inferiore, incluso: EEG  | 25,00        |
| 89150                            | Potenziali evocati somato-sensoriali per nervo o dermatomero, incluso EEG.   | 25,00        |
| 93081                            | Elettromiografia (EMG) per muscolo   | 20,00        |
| 93091                            | Elettroneurografia (ENG) velocità di conduzione nervosa motoria per nervo  | 20,00        |
| 93092                            | Elettroneurografia (ENG) velocità di conduzione nervosa sensitiva per nervo  | 20,00        |
| 94191                            | Visita psichiatrica (massimo una visita a semestre)  | 50,00        |
| 94121                            | Visita psichiatrica di controllo (massimo una visita a semestre)   | 25,00        |
| 8913                             | Visita neurochirurgica   | 50,00        |
| 89026                            | Visita neurochirurgica di controllo  | 25,00        |
| <b>NEFROLOGIA</b>                |  |              |
| 89717                            | Visita nefrologica   | 50,00        |
| 89027                            | Visita nefrologica di controllo  | 25,00        |
| <b>OCULISTICA</b>                |  |              |
| 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        |
| <b>ONCOLOGIA</b>                 |  |              |
| 89719                            | Visita oncologica  | 50,00        |
| 89029                            | Visita oncologica di controllo   | 25,00        |
| <b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> |  |              |
| 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        |
| <b>OSTETRICIA - GINECOLOGIA</b>  |  |              |
| 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 € |
|------------------------------|--|--------------|
| <b>OTORINOLARINGOIATRIA</b>  |  |              |
| 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        |
| <b>PEDIATRIA</b>             |  |              |
| 89724                        | Visita pediatrica  | 50,00        |
| 89034                        | Visita pediatrica di controllo   | 25,00        |
| <b>PNEUMOLOGIA</b>           |  |              |
| 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         |
| <b>RADIOLOGIA</b>            |  |              |
| 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        |
| <b>REUMATOLOGIA</b>          |  |              |
| 89726                        | Visita reumatologica   | 50,00        |
| 89036                        | Visita reumatologica di controllo  | 25,00        |
| <b>UROLOGIA - ANDROLOGIA</b> |  |              |
| 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        |

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

in vigore dal 1° gennaio 2024

| Codice                            | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|-----------------------------------|---|--------------|
| <b>VISITA E RADIOLOGIA</b>        |   |              |
| 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        |
| <b>CONSERVATIVA</b>               |   |              |
| 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        |
| <b>ENDODONZIA</b>                 |   |              |
| 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        |
| <b>CHIRURGIA E PARODONTOLOGIA</b> |   |              |
| 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        |
| <b>ODONTOIATRIA INFANTILE</b>     |   |              |
| 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 2024

### 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](http://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 apacificazione
- 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 Assistenti 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).



|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 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 ( <b>fino a 5</b> )               | ____ ____                     |
|      | Radiografie endorali ( <b>oltre 5</b> )                | ____ ____                     |
|      | Ortopantomografia delle arcate dentarie ( <b>OPT</b> ) | ____ ____                     |

#### 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 ( <b>escluso perno moncone</b> )                                   | ____ ____ |

#### ENDODONZIA

(Fornire sempre documentazione)

|  |   |           |
|--|---|-----------|
|  | Trattamento canalare ( <b>devitalizzazione</b> ) di dente monoradicolato  | ____ ____ |
|  | Trattamento canalare ( <b>devitalizzazione</b> ) di dente biradicolato    | ____ ____ |
|  | Trattamento canalare ( <b>devitalizzazione</b> ) 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<br>o Quadrante |       |
|------|---|----------------------------------|-------|
|      | Estrazione semplice   | _____                            | _____ |
|      | Estrazione indaginosa <b>(fornire documentazione)</b>                         | _____                            | _____ |
|      | Estrazione dente semincluso <b>(fornire documentazione)</b>                   | _____                            | _____ |
|      | Estrazione dente incluso <b>(fornire documentazione)</b>                      | _____                            | _____ |
|      | Estrazione dente incluso sovranumerario <b>(fornire documentazione)</b>       | _____                            | _____ |
|      | Frenulectomia   | _____                            | _____ |
|      | Apicectomia <b>(compresa otturazione retrograda)</b>                          | _____                            | _____ |
|      | Rizotomia con eventuale rizectomia  | _____                            | _____ |
|      | Asportazione di epulide   | _____                            | _____ |
|      | Gengivectomia o Gengivoplastica per quadrante <b>(fornire documentazione)</b> | _____                            | _____ |
|      | Biopsia del cavo orale  | _____                            | _____ |
|      | Ablazione tartaro <b>(per quadrante)</b>                                      | _____                            | _____ |
|      | Levigatura radicolare <b>(per quadrante)</b>                                  | _____                            | _____ |
|      | Courettage dentogengivale <b>(per quadrante)</b>                              | _____                            | _____ |

## ODONTOIATRIA INFANTILE

| Q.tà | Descrizione prestazione   | Elemento Dentario<br>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. | _____                            | _____ |

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>Struttura Sanitaria (con timbro leggibile)</b>  | <b>Firma dell'odontoiatra</b> |
|  |                               |
| <b>Il presente modulo deve essere allegato alla fattura emessa dalla Struttura Sanitaria</b> |                               |

**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 TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

in vigore dal 1° gennaio 2024

### IL NOMENCLATORE TARIFFARIO È SUDDIVISO NELLE SEGUENTI PARTI

#### PARTE 1 NOMENCLATORE TARIFFARIO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

##### PREMESSE:

La tariffa prevista per le singole voci è onnicomprensiva delle prestazioni dell'operatore, degli aiuti, degli assistenti, dell'anestesista, dello strumentista/ferrista, dell'ostetrico e dell'assistenza prestata dall'équipe chirurgica durante tutto il ricovero fino alle dimissioni.

Il rimborso per l'eventuale ricorso all'anestesia o analgesia epidurale (peridurale) è compreso nella tariffa dell'équipe chirurgica comprensiva della prestazione dell'anestesista.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente.

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

In tutti i casi il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica.

Sono tassativamente non rimborsabili tutti gli interventi esclusi dall'Art. 11 del presente Regolamento.

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni extrafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali.

Per grandi articolazioni si intendono anca, ginocchio, spalla; per medie articolazioni si intendono gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica; per piccole articolazioni si intendono le restanti.

Per grandi segmenti si intendono femore, omero, tibia; per medi segmenti si intendono clavicola, rotula, radio, ulna, perone; per piccoli segmenti si intendono i restanti.

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature) e metodica.

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

#### PARTE 2 NOMENCLATORE TARIFFARIO DELL'ASSISTENZA MEDICA

##### PREMESSE:

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

#### PARTE 3 NOMENCLATORE TARIFFARIO DEI CONSULTI

##### PREMESSE:

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

#### PARTE 4 NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE SALE OPERATORIE

##### PREMESSE:

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

#### PARTE 5 NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE DEGENZE

##### PREMESSE:

La retta di degenza in terapia intensiva o Unità Coronaria si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, dell'assistenza medico - infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali.

Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e di uscita vengono considerati come una sola giornata.

## NOMENCLATORE TARIFFARIO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

in vigore dal 1° gennaio 2024

Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi delle spese per l'equipe chirurgica in caso di assistenza ospedaliera effettuata in strutture sanitarie non convenzionate.

Riferimento regolamento: art. 10.2.2 Forma tipo C, D.

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

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

### CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

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

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

### CHIRURGIA DELLA MANO

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



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

### CHIRURGIA DEL PIEDE

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

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

| Codice | Descrizione prestazione  | Importo in € |
|--------|--|--------------|
| 42411  | Esofago, resezione parziale del, con esofagostomia   | 5.400,00     |
| 43992  | Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia                      | 9.000,00     |
| 427    | Esofagomiectomia (anche endoscopica - come unico intervento)   | 1.620,00     |
| 421    | Esofagostomia (come unico intervento)  | 1.800,00     |
| 42821  | Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica | 2.070,00     |
| 42992  | Megaesofago, intervento per  | 3.150,00     |
| 42993  | Megaesofago, reintervento per  | 3.240,00     |
| 42891  | Protesi endo - esofagee, collocazione di   | 1.170,00     |
| 42851  | Stenosi benigne dell'esofago, interventi per   | 2.070,00     |
| 42852  | Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser  | 418,00       |
| 42913  | Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale   | 3.600,00     |

### STOMACO - DUODENO

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 44991 | Dumping syndrome, interventi di riconversione per  | 2.340,00 |
| 44661 | Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso e/o plastica dei pilastri diaframmatici)    | 3.600,00 |
| 44631 | Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per  | 5.400,00 |
| 43891 | Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)                                   | 4.320,00 |
| 43911 | Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa   | 6.120,00 |
| 43994 | Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata              | 9.000,00 |
| 43991 | Gastrectomia totale per patologia benigna  | 3.600,00 |
| 44291 | Piloroplastica (come unico intervento)   | 1.620,00 |
| 43993 | Resezione gastro duodenale   | 3.150,00 |
| 45341 | Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica   | 4.680,00 |
| 44011 | Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica                                      | 1.980,00 |
| 4402  | Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica (come fase di intervento principale) | 540,00   |
| 44911 | Varici gastriche (emostasi chirurgica)   | 1.980,00 |

### INTESTINO: DIGIUNO - ILEO - COLON - RETTO - ANO

|       |   |          |
|-------|---|----------|
| 4851  | Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo   | 6.120,00 |
| 46501 | Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità  | 2.700,00 |
| 49795 | Anoplastica (come unico intervento)   | 1.800,00 |
| 47091 | Appendicectomia con peritonite diffusa  | 2.610,00 |
| 47092 | Appendicectomia semplice a freddo (qualsiasi tecnica)   | 2.250,00 |
| 48731 | Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per   | 1.215,00 |
| 4901  | Ascesso perianale, intervento per   | 1.260,00 |
| 44391 | By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne  | 3.060,00 |
| 48931 | Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per   | 1.440,00 |
| 45711 | Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)  | 3.420,00 |
| 45712 | Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia  | 3.600,00 |
| 4581  | Colectomia totale (compresa eventuale stomia)   | 3.780,00 |
| 4582  | Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)   | 4.950,00 |
| 45903 | Colotomia con colorrafia (come unico intervento)  | 2.700,00 |
| 46991 | Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)  | 900,00   |
| 4622  | Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)  | 2.250,00 |
| 46392 | Digiunostomia (come unico intervento)   | 1.260,00 |
| 45331 | Diverticoli di Meckel, resezione di   | 1.935,00 |
| 46393 | Duodeno digiunostomia (come unico intervento)   | 1.215,00 |
| 45731 | Emicolectomia destra con linfadenectomie  | 4.230,00 |
| 45751 | Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)  | 4.680,00 |
| 49441 | Emorroidi (criochirurgia o diatermocoagulazione, trattamento completo)  | 765,00   |
| 49462 | Emorroidi (laserchirurgia, trattamento completo)  | 1.080,00 |
| 49442 | Emorroidi e ragadi (criochirurgia, trattamento completo)  | 900,00   |
| 49463 | Emorroidi e ragadi (laserchirurgia, trattamento completo)   | 1.170,00 |
| 49464 | Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica | 1.800,00 |

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

### PARETE ADDOMINALE

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

### PERITONEO

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

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

### FEGATO E VIE BILIARI

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

### PANCREAS - MILZA

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

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

### CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

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

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

### CHIRURGIA PEDIATRICA

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



| Codice | Descrizione prestazione | Importo in € |
|--------|-------------------------|--------------|
|--------|-------------------------|--------------|

### CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

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

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

### CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

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

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

### CHIRURGIA VASCOLARE

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

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

### CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA ED ENDOSCOPICA

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

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| 4514   | Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione   | 270,00   |
| 43191  | Cisto-gastrostomia o cisto-duodenostomia endoscopica   | 2.340,00 |
| 42331  | Emostasi endoscopica di lesioni non varicose esofagogastriche  | 630,00   |
| 42332  | Emostasi e/o sclerosi endoscopica di lesione varicose esofagogastriche (qualsiasi tecnica, qualsiasi apparecchiature/strumentazioni)   | 720,00   |
| 43411  | Esofagogastroduodenoscopia operativa (procedura concomitante ad altra principale o effettuata durante un ricovero medico) per: polipectomie, introduzione di protesi, rimozione di corpi estranei, argon laser, etc.         | 450,00   |
| 43411P | Pacchetto Esofagogastroduodenoscopia operativa comprese polipectomie, introduzione di protesi, rimozione corpi estranei, argon laser, ecc. Il Pacchetto è comprensivo di équipe, sala operatoria/endoscopica/ ambulatoriale, |          |

| Codice | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|--------|---|--------------|
|        | strumentazione, eventuale sedazione profonda, permanenza in struttura, materiali, medicinali, analisi e accertamenti relativi all'intervento (istologici compresi), IVA.  | 530,00       |
| 45432  | Pancoloscopia operativa comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose (procedura concomitante ad altra principale o effettuata durante un ricovero medico).  | 520,00       |
| 45432P | Pacchetto pancoloscopia operativa (comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose - qualsiasi tecnica). Il Pacchetto è comprensivo di equipe chirurgica, strumentazione, eventuale sedazione profonda, sala operatoria/endoscopica/ambulatoriale, permanenza in struttura, materiali, medicinali, analisi ed accertamenti relativi all'intervento (istologici compresi), IVA. | 600,00       |
| 4311   | Posizionamento di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)   | 1.035,00     |
| 45431  | Rettosigmoidoscopia operativa (comprese polipectomie) o fotocoagulazione con laser  | 558,00       |
| 4312   | Rimozione e/o sostituzione di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)   | 765,00       |
| 42911  | Varici esofagee o esofago gastriche, legatura endoscopica   | 418,00       |
| 43412  | Varici gastriche (emostasi endoscopica)   | 1.800,00     |

## GINECOLOGIA

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

| Codice | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|--------|---|--------------|
| 68292  | Miomectomie con o senza ricostruzione plastica dell'utero (come unico intervento)                                   | 2.880,00     |
| 7183   | Neoformazioni della vulva, asportazione   | 684,00       |
| 70991  | Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)   | 1.440,00     |
| 70994  | Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di (come unico intervento)                                     | 2.520,00     |
| 70992  | Plastica vaginale anteriore, intervento di (come unico intervento)  | 1.440,00     |
| 70993  | Plastica vaginale posteriore, intervento di (come unico intervento)   | 1.440,00     |
| 67391  | Polipi cervicali, asportazione di   | 225,00       |
| 58396  | Polipi orifizio uretrale esterno  | 225,00       |
| 70792  | Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale                                    | 3.015,00     |
| 58991  | Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di  | 1.440,00     |
| 75996  | Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico  | 900,00       |
| 65291  | Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale  | 2.340,00     |
| 65292  | Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale  | 2.610,00     |
| 664    | Salpingectomia monolaterale   | 2.340,00     |
| 665    | Salpingectomia bilaterale   | 2.610,00     |
| 65731  | Salpingoplastica  | 2.790,00     |
| 70141  | Setto vaginale, asportazione chirurgica   | 810,00       |
| 67691  | Tracheloplastica (come unico intervento)  | 900,00       |
| 7193   | Trattamento chirurgico conservativo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali       | 2.790,00     |
| 75994  | Trattamento chirurgico conservativo per gravidanza extrauterina   | 2.115,00     |
| 7192   | Trattamento chirurgico conservativo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali     | 2.700,00     |
| 7195   | Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali         | 2.250,00     |
| 75995  | Trattamento chirurgico demolitivo per gravidanza extrauterina   | 1.665,00     |
| 7194   | Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali       | 1.800,00     |
| 7042   | Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per  | 4.050,00     |
| 7041   | Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per  | 2.880,00     |
| 71611  | Vulvectomia parziale  | 1.620,00     |
| 71612  | Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di | 2.250,00     |
| 7151   | Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di                               | 4.950,00     |
| 71613  | Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di  | 2.700,00     |
| 71621  | Vulvectomia totale  | 2.880,00     |

## NEUROCHIRURGIA

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

| Codice | Descrizione prestazione  | Importo in € |
|--------|--|--------------|
| 01592  | Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali   | 8.100,00     |
| 02391  | Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per   | 4.500,00     |
| 01245  | Ematoma subdurale cronico monolaterale, intervento per   | 4.050,00     |
| 01246  | Ematoma subdurale cronico bilaterale, intervento per   | 6.750,00     |
| 02991  | Encefalomeningocele, intervento per  | 4.320,00     |
| 02992  | Epilessia focale, intervento per   | 4.590,00     |
| 80512  | Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva  | 3.870,00     |
| 80514  | Ernia del disco dorsale per via trans-toracica   | 7.650,00     |
| 80511  | Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie   | 5.850,00     |
| 80515  | Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica  | 6.480,00     |
| 02993  | Fistola liquorale  | 3.780,00     |
| 39532  | Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico  | 2.340,00     |
| 39534  | Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico  | 3.420,00     |
| 39536  | Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta  | 4.860,00     |
| 05236  | Gangliectomia lombare e splancnicectomia   | 2.340,00     |
| 03931  | Impianto di stimolatore midollare  | 1.800,00     |
| 07641  | Ipfosi, intervento per adenoma per via transfenoidale  | 7.200,00     |
| 03091  | Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali (come unico intervento)   | 3.600,00     |
| 03092  | Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari   | 5.850,00     |
| 03093  | Laminectomia per tumori intramidollari   | 8.100,00     |
| 38611  | Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi saccolari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)   | 7.650,00     |
| 39522  | Malformazione aneurismatica o angiomatosa con compressione radicolare e/o midollare  | 5.400,00     |
| 03522  | Mielomeningocele, intervento per   | 4.860,00     |
| 01591  | Neoplasie endocraniche, asportazione di  | 7.200,00     |
| 03292  | Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo  | 5.580,00     |
| 04494  | Neurolisi (come fase di intervento principale)   | 450,00       |
| 04493  | Neurolisi (come unico intervento)  | 1.350,00     |
| 0431   | Neurorrafia primaria (come unico intervento)   | 1.170,00     |
| 04031  | Neurotomia semplice (come unico intervento)  | 1.170,00     |
| 04021  | Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)  | 4.500,00     |
| 04993  | Plesso brachiale, intervento sul   | 3.240,00     |
| 04071  | Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche  | 5.400,00     |
| 01251  | Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica  | 3.600,00     |
| 01252  | Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica   | 5.400,00     |
| 05221  | Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul  | 3.150,00     |
| 05222  | Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul   | 3.150,00     |
| 05223  | Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul  | 3.150,00     |
| 05291  | Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul  | 3.150,00     |
| 05292  | Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici  | 3.150,00     |
| 05231  | Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul   | 2.250,00     |
| 05232  | Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul  | 2.700,00     |
| 05251  | Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul   | 1.980,00     |
| 05233  | Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul  | 2.700,00     |
| 05234  | Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul   | 2.700,00     |
| 05235  | Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul  | 2.700,00     |
| 03094  | Stenosi vertebrale lombare di 1 livello  | 3.960,00     |
| 03097  | Stenosi vertebrale lombare più livelli   | 4.500,00     |
| 04996  | Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici  | 1.440,00     |
| 01491  | Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari   | 6.300,00     |
| 04291  | Termorizotomia del trigemino o altri nervi cranici   | 2.700,00     |
| 01091  | Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare  | 1.980,00     |
| 02041  | Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)   | 2.880,00     |
| 80591  | Trattamento chirurgico delle ernie discali per via endoscopica e/o percutanea, qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione (ozono, i.d.e.t, chemonucleolisi, laserdissectomia etc.) | 1.350,00     |
| 03095  | Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per  | 4.500,00     |
| 03096  | Traumi vertebro-midollari via posteriore   | 3.780,00     |

| Codice | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|--------|---|--------------|
| 16985  | Tumore orbitale, asportazione per via endocranica   | 4.500,00     |
| 04997  | Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede) | 3.600,00     |
| 01593  | Tumori della base cranica, intervento per via transorale  | 8.100,00     |
| 16984  | Tumori orbitari, intervento per   | 3.960,00     |

## OCULISTICA

### ORBITA

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

### SOPRACCIGLIO

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

### PALPEBRE

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

### VIE LACRIMALI

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

### CONGIUNTIVA

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

### CORNEA

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



| Codice | Descrizione prestazione | Importo in € |
|--------|-------------------------|--------------|
|--------|-------------------------|--------------|

**CRISTALLINO**

Premesse specifiche di branca: l'intervento di cataratta concomitante (cod. 13194) 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.

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

**SCLERA**

|       |              |          |
|-------|--------------|----------|
| 12892 | Sclerectomia | 1.350,00 |
|-------|--------------|----------|

**INTERVENTI PER GLAUCOMA**

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

**IRIDE**

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

**RETINA**

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 14591 | Asportazione, cerchiaggio, rimozione e/o sostituzione materiali usati durante l'intervento di distacco | 900,00   |
| 14521 | Crioterattamento (come unico intervento)   | 810,00   |
| 14511 | Diatermocoagulazione retinica per distacco (come unico intervento)                                     | 1.620,00 |

| Codice | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|--------|---|--------------|
| 38822  | Legatura arteria temporale superiore (come unico intervento)                | 630,00       |
| 14592  | Retina, intervento per distacco, crio + cerchiaggio (come unico intervento) | 1.890,00     |
| 14593  | Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi               | 2.340,00     |
| 14791  | Vitrectomia anteriore o posteriore  | 2.160,00     |

### MUSCOLI OCULARI

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 15121 | Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento   | 1.080,00 |
| 15122 | Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento   | 1.260,00 |
| 08393 | Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche - comprovata da campimetria pre intervento) | 1.080,00 |
| 15131 | Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di  | 1.170,00 |
| 15291 | Strabismo paralitico, intervento per   | 1.350,00 |

### BULBO OCULARE

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 14011 | Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di     | 1.080,00 |
| 14021 | Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di | 2.160,00 |
| 16392 | Enucleazione o exenteratio                                 | 1.440,00 |
| 16421 | Enucleazione con innesto protesi mobile                    | 1.620,00 |
| 16311 | Eviscerazione con impianto intraoculare                    | 1.620,00 |

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### INTERVENTI CRUENTI

|         |  |           |
|---------|--|-----------|
| 81831   | Acromioplastica anteriore (trattamento completo)   | 2.160,00  |
| 81831   | Acromioplastica anteriore (trattamento completo)   | 2.160,00  |
| 4131    | Agoaspirato osseo  | 540,00    |
| 78301   | Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)   | 4.050,00  |
| 84916   | Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)   | 2.250,00  |
| 84915   | Amputazione medi segmenti (trattamento completo)   | 1.800,00  |
| 81002   | Artrodesi vertebrale per via anteriore o spondilolistesi   | 7.020,00  |
| 81001   | Artrodesi vertebrale per via posteriore  | 4.770,00  |
| 81003   | Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore  | 6.030,00  |
| 81293   | Artrodesi: grandi articolazioni  | 2.250,00  |
| 81292   | Artrodesi: medie articolazioni   | 1.800,00  |
| 80893   | Artrodesi: grandi  | 1.980,00  |
| 80892   | Artrodesi: medie   | 1.710,00  |
| 80891   | Artrodesi: piccole   | 1.035,00  |
| 81963   | Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)   | 3.870,00  |
| 81962   | Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)  | 1.170,00  |
| 81961   | Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)  | 765,00    |
| 81811   | Artroprotesi spalla, parziale  | 3.600,00  |
| 81801   | Artroprotesi spalla, totale  | 5.400,00  |
| 81521   | Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)   | 3.690,00  |
| 81511P  | PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE MONOLATERALE (TRATTAMENTO COMPLETO - QUALSIASI TECNICA). Rimborso comprensivo di: esami pre-ricovero, equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, materiali, utilizzo strumenti operatori, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia in degenza, IVA. | 13.500,00 |
| 81511P2 | PACCHETTO ARTROPROTESI: ANCA TOTALE BILATERALE (TRATTAMENTO COMPLETO - QUALSIASI TECNICA). Rimborso comprensivo di: esami pre-ricovero, equipe medica/chirurgica, sala operatoria, degenza, materiali, utilizzo strumenti operatori, qualsiasi apparecchiatura per chirurgia computer assistita (per interventi con chirurgia robotica), medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici, fisioterapia in degenza, IVA.   | 20.250,00 |
| 81512   | Artroprotesi totale d'anca, revisione (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale   | 9.000,00  |
| 81513   | Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero   | 8.550,00  |

| Codice | Descrizione prestazione  | Importo in € |
|--------|--|--------------|
| 81541  | Artroprotesi: ginocchio  | 4.950,00     |
| 81561  | Artroprotesi: gomito   | 4.950,00     |
| 80091  | Artroprotesi: rimozione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento | 4.680,00     |
| 80291  | Artroscopia diagnostica (come unico intervento)  | 405,00       |
| 8030   | Biopsia articolare   | 459,00       |
| 7740   | Biopsia ossea  | 630,00       |
| 77492  | Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali  | 2.700,00     |
| 77493  | Biopsia vertebrale a cielo aperto  | 1.080,00     |
| 8352   | Borsectomia (come fase di un intervento principale)  | 450,00       |
| 8351   | Borsectomia (come unico intervento)  | 1.170,00     |
| 83391  | Cisti del Becker, asportazione di  | 1.395,00     |
| 8065   | Cisti meniscali o parameniscali, asportazione di   | 1.530,00     |
| 80796  | Cisti sinoviale, asportazione di   | 450,00       |
| 80896  | Condroectomia - condroabrasione (come fase di intervento principale)   | 450,00       |
| 80895  | Condroectomia - condroabrasione (come unico intervento)  | 1.440,00     |
| 80897  | Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di  | 1.440,00     |
| 77811  | Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per  | 2.142,00     |
| 84091  | Disarticolazione interscapolo toracica   | 4.185,00     |
| 84913  | Disarticolazioni, grandi   | 3.735,00     |
| 84912  | Disarticolazioni, medie  | 2.565,00     |
| 84911  | Disarticolazioni, piccole  | 1.215,00     |
| 83751  | Elsmie-Trillat, intervento di  | 1.215,00     |
| 77895  | Emipelvectomia   | 4.500,00     |
| 77897  | Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto   | 6.975,00     |
| 81295  | Epifisiodesi   | 1.980,00     |
| 80513  | Ernia del disco dorsale o lombare, compresa eventuale laminectomia decompressiva   | 3.960,00     |
| 77801  | Esostosi semplice, asportazione di   | 990,00       |
| 79601  | Frattura esposta, pulizia chirurgica di  | 603,00       |
| 83991  | Infezioni articolari, muscolo-aponeurotiche profonde (trattamento chirurgico - unico intervento)                                     | 1.260,00     |
| 81473  | Laterale release   | 1.530,00     |
| 81471  | Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di  | 2.880,00     |
| 81472  | Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia), ricostruzione di  | 3.150,00     |
| 81832  | Lussazioni recidivanti (spalla,ginocchio), plastica per (trattamento completo)   | 2.700,00     |
| 8063   | Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)                                 | 1.800,00     |
| 8064   | Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)     | 1.980,00     |
| 8061   | Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)  | 1.620,00     |
| 41981  | Midollo osseo, espianto di   | 1.080,00     |
| 79991  | Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per  | 2.070,00     |
| 79391  | Osteosintesi vertebrale  | 6.120,00     |
| 79394  | Osteosintesi: grandi segmenti  | 3.600,00     |
| 79393  | Osteosintesi: medi segmenti  | 2.160,00     |
| 79392  | Osteosintesi: piccoli segmenti   | 1.890,00     |
| 77896  | Osteotomia complessa (bacino, vertebrale)  | 2.700,00     |
| 77894  | Osteotomia semplice di qualsiasi segmento (come fase dell'intervento principale)   | 630,00       |
| 80191  | Perforazione alla Boeck  | 360,00       |
| 81004  | Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale   | 6.525,00     |
| 77791  | Prelievo di trapianto osseo con innesto  | 3.150,00     |
| 78493  | Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)  | 3.420,00     |
| 78492  | Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)   | 1.620,00     |
| 78491  | Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)  | 900,00       |
| 78031  | Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio   | 3.015,00     |
| 84291  | Reimpianti di arto o suo segmento  | 8.100,00     |
| 80894  | Resezione articolare   | 1.530,00     |
| 77391  | Resezione del sacro  | 3.015,00     |

| Codice | Descrizione prestazione   | Importo in € |
|--------|---|--------------|
| 77392  | Resezione ossea   | 1.620,00     |
| 79891  | Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale          | 3.150,00     |
| 79893  | Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni        | 2.700,00     |
| 79892  | Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie articolazioni         | 1.530,00     |
| 79851  | Riduzione cruenta lussazione congenita anca   | 2.160,00     |
| 78691  | Rimozione mezzi di sintesi: grandi segmenti   | 1.170,00     |
| 78692  | Rimozione mezzi di sintesi: medi segmenti   | 720,00       |
| 78693  | Rimozione mezzi di sintesi: piccoli segmenti  | 270,00       |
| 81834  | Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione di (trattamento completo)             | 2.250,00     |
| 84993  | Scoliosi, intervento per  | 4.320,00     |
| 80794  | Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come fase di intervento principale)         | 450,00       |
| 80792  | Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come unico intervento)                      | 1.890,00     |
| 80795  | Sinoviectomia piccole articolazioni (come fase di intervento principale)                | 270,00       |
| 80791  | Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)                             | 810,00       |
| 80911  | Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg   | 3.960,00     |
| 80192  | Stenosi vertebrale lombare di 1 livello   | 3.960,00     |
| 80194  | Stenosi vertebrale lombare più livelli  | 4.500,00     |
| 84998  | Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento                  | 6.300,00     |
| 81401  | Tetto cotiloideo, ricostruzione di  | 2.790,00     |
| 81833  | Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla                                      | 2.340,00     |
| 84996  | Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di  | 3.150,00     |
| 84995  | Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di    | 2.340,00     |
| 84994  | Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di | 2.070,00     |
| 84997  | Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di                       | 5.400,00     |
| 80193  | Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)                                | 4.500,00     |
| 39990  | Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche   | 2.700,00     |

### TENDINI - MUSCOLI - APONEUROSIS - NERVI PERIFERICI

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

| Codice | Descrizione prestazione | Importo in € |
|--------|-------------------------|--------------|
|--------|-------------------------|--------------|

### OSTETRICIA

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 7501  | Aborto terapeutico   | 1.305,00 |
| 7491  | Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva dell'assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'eventuale assistenza neonatologica).<br>La tariffa è comprensiva di eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento | 4.500,00 |
| 73591 | Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva di qualsiasi atto operativo chirurgico, della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'eventuale assistenza neonatologica)                     | 2.700,00 |
| 75331 | Cordocentesi   | 900,00   |
| 75312 | Fetoscopia   | 900,00   |
| 75512 | Lacerazione cervicale, sutura di   | 495,00   |
| 54111 | Laparotomia esplorativa  | 1.350,00 |
| 54112 | Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore   | 2.565,00 |
| 8502  | Mastite puerperale, trattamento chirurgico   | 360,00   |
| 75991 | Revisione delle vie del parto, intervento per  | 1.260,00 |
| 75992 | Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento per   | 1.350,00 |
| 75931 | Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di  | 1.890,00 |
| 75941 | Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di  | 1.080,00 |

### OTORINOLARINGOIATRIA

#### ORECCHIO

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 20492 | Antroatticotomia con labirintectomia                             | 2.970,00 |
| 20211 | Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica              | 3.960,00 |
| 20212 | Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica            | 3.420,00 |
| 18792 | Atresia auris congenita completa                                 | 4.050,00 |
| 18791 | Atresia auris congenita incompleta                               | 3.600,00 |
| 20411 | Mastoidectomia   | 1.980,00 |
| 2042  | Mastoidectomia radicale  | 3.600,00 |
| 1941  | Miringoplastica per via endoaurale                               | 1.440,00 |
| 1942  | Miringoplastica per via retroauricolare                          | 1.980,00 |
| 20091 | Miringotomia (come unico intervento)                             | 657,00   |
| 18291 | Neoplasia del padiglione, exeresi di                             | 765,00   |
| 18292 | Neoplasie del condotto, exeresi                                  | 1.080,00 |
| 04041 | Nervo vestibolare, sezione del                                   | 6.300,00 |
| 04011 | Neurinoma dell'ottavo paio                                       | 9.000,00 |
| 18293 | Osteomi del condotto, asportazione di                            | 1.800,00 |
| 20591 | Petrosectomia  | 5.850,00 |
| 20221 | Petrositi suppurate, trattamento delle                           | 4.050,00 |
| 1892  | Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di | 360,00   |
| 20493 | Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di              | 2.610,00 |
| 20711 | Sacco endolinfatico, chirurgia del                               | 2.790,00 |
| 19191 | Stapedectomia  | 2.790,00 |
| 19192 | Stapedotomia   | 2.790,00 |
| 20491 | Timpanoplastica con mastoidectomia                               | 3.420,00 |
| 19591 | Timpanoplastica senza mastoidectomia                             | 2.250,00 |
| 19592 | Timpanoplastica, secondo tempo di                                | 1.800,00 |
| 20092 | Timpanotomia esplorativa   | 900,00   |
| 20511 | Tumori dell'orecchio medio, asportazione di                      | 4.230,00 |

#### NASO E SENI PARANASALI

|       |                                 |          |
|-------|---------------------------------|----------|
| 286   | Adenoidectomia                  | 1.350,00 |
| 283   | Adenotonsillectomia             | 1.800,00 |
| 21991 | Atresia coanale, intervento per | 1.530,00 |

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

### FARINGE - CAVO ORALE

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

### LARINGE

|       |   |          |
|-------|---|----------|
| 31691 | Adduttori, intervento per paralisi degli                            | 3.150,00 |
| 3131  | Ascesso dell'epiglottide, incisione                                 | 270,00   |
| 3143  | Biopsia in laringoscopia  | 225,00   |
| 3143  | Biopsia in microlaringoscopia                                       | 900,00   |
| 30092 | Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia                  | 1.800,00 |
| 30221 | Cordectomia   | 2.880,00 |
| 30222 | Cordectomia con il laser  | 2.880,00 |
| 31982 | Corpi estranei, asportazione in laringoscopia                       | 540,00   |
| 31983 | Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica           | 1.800,00 |
| 3021  | Epiglottidectomia   | 2.970,00 |
| 30291 | Laringectomia parziale  | 3.420,00 |
| 30292 | Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale | 3.960,00 |
| 3031  | Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale              | 4.230,00 |

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

### RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

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



| Codice | Descrizione prestazione | Importo in € |
|--------|-------------------------|--------------|
|--------|-------------------------|--------------|

**UROLOGIA**
**ENDOSCOPIA OPERATIVA**

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

**RENE**

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

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

| Codice | Descrizione prestazione | Importo in € |
|--------|-------------------------|--------------|
|--------|-------------------------|--------------|

**URETRA**

|       |  |          |
|-------|--|----------|
| 58921 | Calcoli o corpi estranei, rimozione di   | 495,00   |
| 58391 | Caruncola uretrale   | 405,00   |
| 58911 | Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per                     | 1.800,00 |
| 58452 | Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per                | 3.150,00 |
| 58451 | Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per                 | 3.330,00 |
| 58431 | Fistole uretrali   | 2.160,00 |
| 58931 | Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali                    | 1.980,00 |
| 58453 | Ipospasia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica) | 3.420,00 |
| 58471 | Meatotomia e meatoplastica   | 900,00   |
| 58392 | Polipi del meato, coagulazione di  | 585,00   |
| 58912 | Prolasso mucoso uretrale   | 900,00   |
| 58491 | Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena                            | 1.800,00 |
| 58492 | Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa                        | 2.520,00 |
| 58411 | Rottura traumatica dell'uretra   | 1.530,00 |
| 58393 | Uretrectomia segmentaria   | 1.350,00 |
| 58395 | Uretrectomia totale  | 1.980,00 |
| 58461 | Uretroplastiche (in un tempo), intervento di                                   | 3.150,00 |
| 58462 | Uretroplastiche (lombi liberi o pedunculati), trattamento completo             | 4.680,00 |
| 58421 | Uretrostomia perineale   | 1.350,00 |

**APPARATO GENITALE MASCHILE**

|       |   |          |
|-------|---|----------|
| 627   | Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)   | 495,00   |
| 6212  | Biopsia testicolate a cielo aperto (come unico intervento)  | 1.170,00 |
| 62121 | Biopsia testicolate monolaterale  | 698,00   |
| 62122 | Biopsia testicolate bilaterale  | 837,00   |
| 6321  | Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi  | 1.620,00 |
| 64491 | Corporoplastica (come unico intervento)   | 3.330,00 |
| 64991 | Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia   | 4.500,00 |
| 634   | Epididimectomia   | 1.440,00 |
| 6401  | Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per (solo se in presenza di fimosi certificata dal medico specialista) | 900,00   |
| 61421 | Fistole scrotali o inguinali  | 1.350,00 |
| 64492 | Frenulotomia e frenuloplastica (solo se in presenza di fimosi certificata dal medico specialista)                 | 360,00   |
| 63521 | Funicolo, detorsione chirurgica del   | 1.350,00 |
| 6121  | Idrocele, intervento per  | 1.530,00 |
| 6251  | Orchidopessi monolaterale   | 1.980,00 |
| 6252  | Orchidopessi bilaterale   | 2.700,00 |
| 62331 | Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale                             | 7.200,00 |
| 62332 | Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale                               | 9.000,00 |
| 62411 | Orchiectomia sottocapsulare bilaterale  | 1.710,00 |
| 6232  | Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi   | 2.070,00 |
| 6231  | Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi   | 2.520,00 |
| 64092 | Parafimosi, intervento per (come unico intervento)  | 558,00   |
| 6431  | Pene, amputazione parziale del  | 2.880,00 |
| 6433  | Pene, amputazione totale con linfadenectomia  | 7.200,00 |
| 6432  | Pene, amputazione totale del  | 4.050,00 |
| 64981 | Priapismo (percutanea), intervento per  | 1.620,00 |
| 64982 | Priapismo (shunt), intervento per   | 2.430,00 |
| 64493 | Sclerosi della fascia di Buck, intervento per (qualsiasi trattamento)   | 3.600,00 |
| 6131  | Scroto, resezione dello   | 1.170,00 |
| 62991 | Traumi del testicolo, intervento di riparazione per   | 1.440,00 |
| 6311  | Varicocele con tecnica microchirurgica  | 1.980,00 |
| 6312  | Varicocele, intervento per  | 1.800,00 |

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

in vigore dal 1° gennaio 2024

Per quanto riguarda gli Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi per assistenza medica in degenza durante ricoveri senza interventi chirurgici effettuati in strutture sanitarie non convenzionate. Riferimento regolamento: art. 10.2.2 Forma tipo C, D

| <b>TIPO DI PRESTAZIONE SANITARIA</b>   | <b>IMPORTO</b> |
|--|----------------|
| Assistenza medica in degenza notturna al giorno<br>(Assistenza dell'équipe medica del reparto in cui è in cura un assistito durante un ricovero ordinario senza intervento chirurgico) | € 120,00       |

**Allegato 9 - parte 3****NOMENCLATORE TARIFFARIO DEI CONSULTI**

in vigore dal 1° gennaio 2024

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

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

## NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE SALE OPERATORIE

in vigore dal 1° gennaio 2024

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

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

## NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE DEGENZE

in vigore dal 1° gennaio 2024

Importi massimi deliberati dal Consiglio di Amministrazione dei rimborsi per i giorni di degenza in strutture sanitarie private non convenzionate.

Riferimento regolamento: art. 10.2.2 Forma tipo C, D

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

## CHECK-UP (Forma tipo Dplus)

in vigore dal 1° gennaio 2024

Modo di erogazione: solo in forma diretta nei centri convenzionati

Limite temporale: uno ogni due anni dalla data dell'ultima erogazione.

Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito del 20%, mentre l'80% è a carico di Ente Mutuo e non grava sul massimale.

Riferimento regolamento: art: 10.3.5

### STRUTTURE PRESSO LE QUALI SI POSSONO EFFETTUARE CHECK-UP IN FORMA DIRETTA

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

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

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



## “PRESENTA UN NUOVO SOCIO”

**30%**

di sconto  
sui contributi  
suddiviso in due  
anni

Contribuendo all'iscrizione di **nuovo nucleo familiare** potrà risparmiare sui contributi per i due anni successivi, avrà diritto ad uno sconto del 15% il primo anno e uno sconto del 15% il secondo anno; questo sconto è cumulativo fino a esaurimento della tua quota per il 2024 e il 2025.

Per informazioni:

[marketing@entemutuomilano.it](mailto:marketing@entemutuomilano.it)



**ENTE MUTUO È TUO**

## “SMART PLUS” COME WELFARE AZIENDALE AGILE ED ECONOMICA

**10%\***

sui contributi  
annui 2024

La nostra assistenza **SMARTplus** è un'interessante ed innovativa idea regalo per i suoi dipendenti e relative famiglie.

Trattandosi di Welfare Aziendale potrà usufruire della deducibilità per i contributi versati per il personale dipendente, ed inoltre Ente Mutuo Le riserva uno sconto speciale del 10% sui contributi annui 2024 della Sua tessera.

\*min. 5 dipendenti

Per informazioni

[marketing@entemutuomilano.it](mailto:marketing@entemutuomilano.it)



# 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'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 più di 60 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 - Meno 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 proposte per la tutela della tua salute



Assistenza specialistica ambulatoriale ed altri contributi



Assistenza ospedaliera



Assistenza specialistica ambulatoriale; Assistenza ospedaliera ed altri contributi



Assistenza specialistica ambulatoriale; Assistenza ospedaliera più completa ed altri contributi



Formula semplice e veloce per accedere alle strutture convenzionate con agevolazioni per assistenza ambulatoriale



Formula semplice e veloce per accedere alle strutture convenzionate con agevolazioni per assistenza ambulatoriale e a un circuito odontoiatrico a tariffe agevolate

## I nostri numeri

- 6 diverse formule di copertura
- 680 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 Unione Confcommercio Imprese per l'Italia - Milano, Lodi, Monza e Brianza

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>Abbiategrasso</b> - Via Annoni 14         | tel. 02 94967383 |
| <b>Binasco</b> - S.S. dei Giovi 8            | tel. 02 9055219  |
| <b>Bollate</b> - Via degli Alpini 4          | tel. 02 3502814  |
| <b>Bresso</b> - Via Patellani 58/60          | tel. 02 66501379 |
| <b>Cassano d'Adda</b> - Via Verdi 5          | tel. 0363 61503  |
| <b>Castano Primo</b> - C.so San Rocco 1      | tel. 0331 880691 |
| <b>Cernusco S/N</b> - Via 25 Aprile 13       | tel. 02 9230715  |
| <b>Cinisello Balsamo</b> - Via Frova 34      | tel. 02 66049259 |
| <b>Corsico</b> - Via della Liberazione 26/28 | tel. 02 4479582  |
| <b>Desio</b> - Via Diaz 8                    | tel. 0362 624541 |
| <b>Gorgonzola</b> - Piazza S. Francesco 2    | tel. 02 9513320  |
| <b>Legnano</b> - Via XX Settembre 12         | tel. 0331 440335 |
| <b>Lissone</b> - Via San Carlo 13            | tel. 039 482045  |
| <b>Magenta</b> - Via Volta 62                | tel. 02 97298074 |
| <b>Melegnano</b> - Via Pertini 18/24         | tel. 02 9830768  |

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>Melzo</b> - Via Turati 6                         | tel. 02 9550084  |
| <b>Monza</b> - Via De Amicis 9                      | tel. 039 360771  |
| <b>Paderno Dugnano</b> - Piazza Giacomo Matteotti 7 | tel. 02 9181247  |
| <b>Rho</b> - Via XXV Aprile 6                       | tel. 02 9303480  |
| <b>Rozzano</b> - Via Mimose 63                      | tel. 02 8257653  |
| <b>Segrate, Fraz. Rovagnasco</b> - Via Monzese 20   | tel. 02 2134518  |
| <b>Seregno</b> - Via Mariani Augusto 10             | tel. 0362 231234 |
| c/o Scuola di Formazione ETASS                      |                  |
| <b>Sesto S. Giovanni</b> - Viale Marelli 5          | tel. 02 2621679  |
| <b>Seveso</b> - Corso Marconi 35                    | tel. 0362 506724 |
| <b>Vaprio d'Adda</b> - Via Vanvitelli 32            | tel. 02 90966402 |
| <b>Vimercate</b> - 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](http://www.entemutuomilano.it)