



NOMENCLATORE

Assistenza Sanitaria Integrativa

edizione 2020

INDICE

1	Modalità di erogazione delle prestazioni.....	4
2	Tipi di prestazioni erogate.....	5
3	Condizioni e modalità per la richiesta dei rimborsi.....	5
4	Erogazione dei rimborsi.....	6
5	Piano annuale di rimborso	6
6	Direzione asem.....	6
7	Trattamento dati personali	6
8	Controlli interni	7
9	Adempimenti connessi al DM 27 ottobre 2009 (Anagrafe dei fondi sanitari)	8
10	Degenza e prestazioni presso cliniche, case di cura e strutture pubbliche	9
	Voce 102. Degenza presso strutture sanitarie con spese a totale o parziale carico dell'assistito	9
	Voce 103. Altre spese connesse al ricovero di un paziente di età inferiore a 14 anni	9
	Voce 105. Interventi chirurgici e spese sanitarie connesse a degenza	9
	Voce 107. Parto naturale e spese sanitarie connesse	10
11	Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche (a tariffa con massimali annui)	11
	Voce 201. Odontoiatria e stomatologia	12
	Voce 202. Ortodonzia	15
12	Assistenza specialistica e assimilata.....	16
	Voce 301. Visite specialistiche.....	16
	Voce 302. Visite specialistiche pediatriche	16
	Voce 305. Check-up	17
	Voce 306. Fecondazione assistita	17
	Voce 309. Ticket per visite specialistiche	17
13	Assistenza infermieristica a domicilio	18
	Voce 310. Diurna fascia orario 08.00-20.00	18
	Voce 311. Notturna fascia oraria 20.00-08.00	18
14	Accertamenti diagnostici e analisi cliniche	19
	Voce 401. Accertamenti diagnostici	19
	Voce 403. Analisi cliniche	19
	Voce 404. Dialisi.....	19
	Voce 408. Ticket per analisi cliniche	19
	Voce 409. Ticket per accertamenti diagnostici.....	19
15	Cure fisiche riabilitative, cure psicoterapeutiche e terapie curative	20

	Voce 501. Cure fisiche e riabilitative	20
	Voce 503. Cure psicoterapeutiche.....	20
	Voce 504. Terapie radianti, chemioterapia	20
	Voce 505. Terapie intradermiche, endovenose e agopuntura.....	21
16	Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e potenziate.....	22
	Voce 507. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	22
	Voce 508. Assistenza sanitaria potenziata per portatori di handicap	23
	Voce 509. Altre prestazioni a rilevanza sociale	23
17	Occhiali e lenti, presidi ortopedici ed altre protesi.....	24
	Voce 601. Lenti a contatto correttive.....	24
	Voce 602. Lenti correttive	24
	Voce 603. Montatura occhiali	24
	Voce 610. Presidi ortopedici, protesi funzionali, strumenti diagnostici per automonitoraggio	24
	Voce 611. Presidio acustico, nuovo apparecchio	24
	Voce 612. Presidio acustico, riparazione apparecchio esistente	25
18	Lungodegenze	26
	Voce 701. Ricovero continuativo.....	26
	Voce 702. Assistenza domiciliare continuativa	26

1 Modalità di erogazione delle prestazioni

- 1.1 asem eroga prestazioni di assistenza sanitaria integrativa rimborsando alle scadenze stabilite tutto o parte delle spese ammesse in ciascun anno solare per le fattispecie previste dal presente Nomenclatore.
- 1.2 Non formano oggetto di rimborso da parte dell'Associazione le prestazioni di base, individuabili nell'assistenza generica di malattia e nell'assistenza farmaceutica, le visite di esclusivo carattere medico-legale e quelle eseguite solo per il rilascio di una certificazione richiesta per fini diversi (quale assicurazioni, abilitazione alla guida, provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, abilitazione all'attività sportiva, ecc.), gli interventi e le cure mediche eseguite per fini estetici o conservativi, nonché le cure termali e le prestazioni ad esse connesse.
- 1.3 Possono costituire eccezione l'acquisto di specifici farmaci di costo rilevante necessari per particolari patologie, da valutarsi a cura della Direzione dell'Associazione con l'assistenza di un medico.
- 1.4 Gli assistiti sono impegnati ad accedere prioritariamente alle strutture sanitarie pubbliche.
- 1.5 I soci sono tenuti ad usufruire in via prioritaria dell'assistenza in forma diretta offerta dall'Associazione avvalendosi delle strutture sanitarie e dei professionisti convenzionati
- 1.6 Per le prestazioni che prevedono l'erogazione di contributi da parte del Servizio Sanitario Nazionale, i soci sono tenuti ad espletare le procedure prescritte e a riversare all'Associazione gli importi percepiti.
- 1.7 Il socio, nel caso in cui (egli stesso o il familiare avente diritto) consegua un rimborso da parte di terzi di tipo assicurativo o assistenziale di spese sanitarie già liquidate dall'Associazione, è tenuto a riversare ad asem la parte eccedente la spesa sanitaria sostenuta (il rimborso ottenuto per ciascuna spesa, come somma di più rimborsi erogati: da asem, da eventuale assistenza integrativa e da eventuali altre assicurazioni e altre assistenze sanitarie, non potrà superare la spesa sostenuta).
- 1.8 Il socio è impegnato ad accedere prioritariamente all'assistenza fornita per sé e per i propri familiari aventi diritto da altre forme di assicurazione eventualmente previste dalle Aziende associate (ad. es. per i distaccati all'estero). Il socio potrà accedere all'eventuale maggior rimborso, per sé e per i propri familiari aventi diritto, tra quanto previsto dalle coperture asem rispetto a quanto previsto dalle coperture assicurative.
- 1.9 È fatto carico al socio di richiedere all'istituto assicurativo indennizzante la ripartizione della somma liquidata tra rimborso delle spese mediche e l'eventuale risarcimento per invalidità. Non sono infatti da riversare ad asem le somme riconosciute agli assistiti da istituti assicurativi a titolo di indennizzo per invalidità permanente derivante da infortunio subito sul lavoro o in ambiente extra lavorativo.
- 1.10 Fermo restando il principio della piena libertà nella scelta delle strutture e dei professionisti in ambito sanitario di propria fiducia, gli assistiti sono impegnati ad avvalersi prioritariamente delle prestazioni sanitarie nel territorio nazionale secondo criteri di normalità.
- 1.11 È facoltà del Presidente dell'Associazione, con l'eventuale assistenza di un medico, ridurre l'importo di una spesa da ammettere a rimborso, in linea con le indicazioni della Direzione dell'Associazione, quando ritenga che la stessa, riferita allo specifico evento, non sia stata conforme al criterio di normalità.
- 1.12 Non sono rimborsabili le prestazioni fornite, all'assistito, dal coniuge o dai parenti entro il primo grado
- 1.13 Qualora particolari esigenze cliniche rendano consigliabile l'effettuazione all'estero di esami diagnostici, di cicli terapeutici o di interventi chirurgici speciali, le relative prestazioni daranno diritto al rimborso nei limiti stabiliti dal presente Nomenclatore.
- 1.14 La Direzione dell'Associazione potrà, in casi di particolare complessità, incaricare un consulente sanitario il quale potrà anche effettuare, se ritenuto necessario e a spese dell'asem, accertamenti sanitari presso il fruitore della prestazione medica/odontoiatrica per la quale è richiesto il rimborso.

- 1.15 asem può convenzionare – previa delibera del Consiglio dei Delegati Nazionale - per prestazioni rese sia in forma diretta sia in forma indiretta, strutture sanitarie e medici, anche attraverso network dedicati, con l'obiettivo di contenere i costi, dandone opportuna comunicazione ai soci.
- 1.16 Allo scopo di facilitare l'accesso di soci alle procedure di richiesta di rimborsi per le spese sanitarie effettuate, asem si avvale dell'assistenza di "soci volontari".

2 Tipi di prestazioni erogate

- 2.1 Le prestazioni ammesse a rimborso, sono suddivise in voci, come specificato nei successivi articoli del Nomenclatore.
- 2.2 Per ogni voce, identificata da un codice, è riportata la descrizione analitica, la tipologia di rimborso e l'eventuale rimborso massimo ammesso.
- 2.3 L'erogazione del rimborso sarà effettuata da asem fino a concorrenza dell'importo rimasto a carico del socio con esclusione dell'imposta di bollo.
- 2.4 Rimborsi
Le prestazioni di asem a favore dei soci possono essere erogate tramite rimborsi a:
 - 2.4.1 tariffa (es. prestazioni odontoiatriche)
 - 2.4.2 percentuale (es. diagnostica e visite specialistiche)
- 2.5 Rimborsi straordinari
Per casi di particolare gravità la Direzione asem può prevedere l'erogazione di un rimborso straordinario, in relazione all'entità delle spese sostenute dal socio ed alla specificità della prestazione.
Il rimborso sarà disposto dal Consiglio dei Delegati Nazionale a fine esercizio, nel rispetto delle disposizioni statutarie sul bilancio in pareggio (statuto asem art. 16.2).

3 Condizioni e modalità per la richiesta dei rimborsi

- 3.1 Qualunque richiesta di prestazioni, indipendentemente dal soggetto assistito, deve essere presentata esclusivamente dal socio a cui verranno poi erogati i rimborsi dovuti. asem rimane estranea ad ogni regolamento dei rapporti interni tra i diversi componenti del nucleo familiare.
- 3.2 Le richieste di rimborso devono essere presentate tramite procedura telematica di asem (WEB o APP) con il caricamento on line delle fatture dematerializzate relative alle spese sanitarie sostenute. Le richieste potranno essere effettuate in qualunque momento, con liquidazione dei relativi rimborsi entro i 90 giorni successivi, fermo restando quanto indicato al successivo p.to 3.5.
- 3.3 Le richieste eventualmente presentate in forma cartacea vengono registrate alla data di consegna o di arrivo ad asem e vengono liquidate entro 180 giorni da tale data in considerazione dei tempi necessari al caricamento della pratica nel sistema informatico. Resta confermato quanto indicato al successivo p.to 3.5.
- 3.4 Per le situazioni di maggiore gravità (interventi chirurgici, ricoveri in clinica e terapie oncologiche), le richieste saranno esaminate con priorità.
- 3.5 Per ciascun anno vengono individuate più scadenze oltre le quali le richieste di rimborso (che possono essere presentate in qualunque momento), relative al periodo precedente la scadenza stessa, non vengono più liquidate. Le richieste di rimborso presentate in ritardo vengono sottoposte alla valutazione del Consiglio dei Delegati Nazionale.
- 3.6 È possibile presentare domanda di anticipo, relativa a spese previste per interventi chirurgici, ricoveri e terapie oncologiche, con allegato il preventivo di spesa che superi il limite di 30.000 euro. L'anticipo verrà erogato nella misura del 60%. In caso di mancata utilizzazione della prestazione entro il mese dall'ottenimento dell'anticipo, è fatto carico al socio di restituire l'importo dell'anticipo stesso. Il socio, di norma entro un mese dalla data in cui la spesa è stata sostenuta, invierà ad asem le fatture relative.

- 3.7 Le richieste di rimborso devono contenere l'indicazione analitica delle spese sostenute, devono essere corredate da idonea documentazione giustificativa e devono essere conformi alle norme fiscali in vigore.
- 3.8 L'Associazione si può avvalere di forme assicurative per l'erogazione di rimborsi integrativi rispetto al presente Nomenclatore. Per la fruizione di tali rimborsi i soci dovranno attenersi alle condizioni previste dalla relativa polizza assicurativa. Tali condizioni sono rese note ai soci dalla Direzione con apposito comunicato.
- 3.9 Il socio è tenuto altresì a fornire, a richiesta, tutti i chiarimenti in ordine alla domanda di rimborso da lui presentata e produrre certificazioni, dichiarazioni e documentazioni probatorie, utili ai fini dell'accertamento del diritto al rimborso.
- 3.10 Il diritto alle prestazioni è subordinato al pagamento della quota associativa per l'anno in corso da corrispondere entro il 31 gennaio di ciascun anno.
- 3.11 Per le richieste di rimborso dei familiari aventi diritto, il socio dovrà attestare che gli stessi rientrino nelle condizioni di età o reddito previste dal Regolamento.
- 3.12 Per i documenti di spesa redatti in lingua straniera il socio deve fornire la traduzione in italiano, precisando la riferibilità alle voci contenute nella presente Nomenclatore.

4 Erogazione dei rimborsi

- 4.1 I rimborsi previsti dal Nomenclatore vengono corrisposti nei seguenti termini:
 - 4.1.1 90% del rimborsabile della spesa annuale salvo quanto previsto per le voci 701 e 702
 - 4.1.2 liquidazione definitiva a saldo secondo quanto previsto al successivo art. 5 (Piano annuale di rimborso)
 - 4.1.3 L'anticipo sarà recuperato con la prima liquidazione utile e in ogni caso in sede di liquidazione definitiva a saldo.
- 4.2 L'erogazione dei rimborsi verrà effettuata solo dopo il pagamento della quota associativa annuale in caso di ritardo.

5 Piano annuale di rimborso

- 5.1 Entro il 31 marzo di ciascun anno il Presidente ed il Tesoriere sottopongono al Consiglio dei Delegati Nazionale il piano dei rimborsi secondo quanto previsto dal Nomenclatore, dal Regolamento e dallo Statuto nel rispetto delle disposizioni statutarie sul divieto di distribuzione di utili o avanzi di gestione (art. 16.5) e del bilancio in pareggio (art. 16.2).

6 Direzione asem

- 6.1 La Direzione, ai fini dell'applicazione del presente Nomenclatore, è costituita da Presidente, Direttore Operativo, Tesoriere e Segretario del Consiglio dei Delegati Nazionale.
- 6.2 La Direzione interviene nei casi previsti nel presente Nomenclatore.
- 6.3 La Direzione opera sulla base dell'attività istruttoria sviluppata dal Direttore Operativo con le relative valutazioni economiche da parte del Tesoriere. Il Segretario raccoglie le decisioni per la successiva informativa al Consiglio dei Delegati Nazionale.

7 Trattamento dati personali

- 7.1 Il "Titolare" del trattamento dati personali è asem; gli atti di pertinenza del titolare sono sottoscritti dal Presidente, rappresentante legale dell'Associazione.

- 7.2 Al Titolare fanno capo gli obblighi previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e dal D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei Dati Personali), così come novellato dal D. Lgs. n. 101/2018.
- 7.3 Al Titolare fanno capo gli obblighi previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e dal D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei Dati Personali), così come novellato dal D. Lgs. n. 101/2018.
- 7.4 Alla luce del dettato normativo europeo asem ha adottato una cultura associativa improntata ai cardini della Privacy by design (protezione dei dati sin dall'inizio del trattamento) e della privacy by default (tutela della protezione del dato quale impostazione predefinita).
- 7.5 Le attività poste in essere hanno seguito il principio dell'accountability (o Responsabilizzazione) in forza del quale il titolare del trattamento mette in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire, ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al regolamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del trattamento, nonché dei rischi aventi probabilità e gravità diverse per i diritti e le libertà delle persone fisiche.
- 7.6 Nel quadro dei principi esposti, asem ha ritenuto di porre in essere le seguenti azioni.
 - 7.6.1 Nomina di un Responsabile per i dati Personali.
 - 7.6.2 Predisposizione del Registro del trattamento.
 - 7.6.3 Predisposizione delle Informative ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR per gli interessati (anche sul portale) e per i dipendenti.
 - 7.6.4 Predisposizione di policies – linee guida in relazione a:
 - 7.6.4.1 Policy sulla durata di conservazione dei dati e sulla loro cancellazione;
 - 7.6.4.2 Policy sull'esercizio dei diritti degli interessati;
 - 7.6.4.3 Cookies Policy per il portale;
 - 7.6.4.4 Clean desk policy, per l'organizzazione e gestione della propria postazione di lavoro;
 - 7.6.4.5 Data breach;
 - 7.6.4.6 DPIA (Data Protection Impact Assessment)
 - 7.6.5 Predisposizione della clausola nomina a responsabile dal Trattamento dei Dati personali ai sensi dell'art. 28 GDPR.
 - 7.6.6 Predisposizione di atti di nomina:
 - 7.6.6.1 Incaricato del trattamento
 - 7.6.6.2 Amministratore di sistema
 - 7.6.7 Monitoraggio, aggiornamento documentazione, verifiche periodiche.
Consapevole della circostanza che l'adeguamento al GDPR costituisce un processo dinamico, asem per il tramite del DPO, intende assicurare il monitoraggio dei trattamenti, con conseguente adozione di nuove valutazioni di impatto ove dovesse rendersi necessario.
 - 7.6.8 Predisposizione piano formativo.
asem inoltre ha previsto un piano formativo periodico per i dipendenti, volontari e collaboratori dell'Associazione.

8 Controlli interni

- 8.1 Il sistema di Controllo Interno ha lo scopo di assicurare l'uniformità di trattamento delle domande di rimborso e di evidenziare le eventuali irregolarità.
- 8.2 L'attività viene pianificata su base annuale.
- 8.3 Le modalità operative sono riportate nella specifica procedura.

9 Adempimenti connessi al DM 27 ottobre 2009 (Anagrafe dei fondi sanitari)

- 9.1 Con Decreto 27.10.2009 del Ministro della salute, pubblicato nella G.U. n. 12/2010, contestualmente alla disciplina delle procedure e modalità di funzionamento dell'Anagrafe dei Fondi sanitari, sono state introdotte specifiche disposizioni per poter continuare ad usufruire delle agevolazioni fiscali di cui al l'art. 52, comma 2, lettera a) del Tuir.
- 9.2 Analogamente sono stati individuati gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi e sostitutivi del S.S.N. e, affinché possano ritenersi rispettati tali ambiti, gli enti e le casse assistenziali debbono attestare annualmente di aver erogato determinate prestazioni "vincolate" in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate a copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.
- 9.3 Il rispetto di tali requisiti costituisce, a partire dall'anno gestionale 2010, condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal Ministro della salute e conseguentemente per beneficiare del trattamento fiscale agevolato già citato.

10 Degenza e prestazioni presso cliniche, case di cura e strutture pubbliche

- 10.1 In relazione ai contributi per assistenza ospedaliera, previsti in varia misura e forma dalle strutture pubbliche (Regioni, ASL, ecc.) sulle quote di degenza e su prestazioni di istituti o case di cura non convenzionati, sarà cura del socio espletare le procedure presso i competenti organi regionali, al fine di ottenere direttamente i contributi stessi. Nello spirito dell'art. 1.6 del presente Nomenclatore, i contributi fruibili, ai termini della normativa vigente in ciascuna Regione, saranno riversati ad asem o conteggiati in detrazione sulle spese presentate a rimborso, ai fini dell'applicazione delle "voci" che seguono.
- 10.2 Nei casi di degenza e/o interventi all'estero, le prestazioni asem rispetteranno i limiti di seguito specificati, al netto dei contributi pubblici fruibili.

Voce 102. Degenza presso strutture sanitarie con spese a totale o parziale carico dell'assistito
(rimborso del 100% della spesa con un massimale di 300 €/g fino ad un massimo di 60 gg per anno)

Tale rimborso non è cumulabile con quello relativo alle voci 701 e 702

Voce 103. Altre spese connesse al ricovero di un paziente di età inferiore a 14 anni
(Il rimborso è ricompreso in quanto previsto nella voce 102)

In caso di ricovero di un paziente di età inferiore a 14 anni sono ammesse a rimborso le spese per letto aggiunto e pasti per un familiare

Voce 105. Interventi chirurgici e spese sanitarie connesse a degenza con o senza intervento chirurgico
(rimborso dell'80% della spesa; il rimborso sale all'90% della spesa per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione)

Sull'importo delle spese sostenute per un singolo intervento viene erogato, al netto del contributo pubblico se previsto, un rimborso del 80%.

Di norma il rimborso non può superare i 90.000 € per intervento. Per l'erogazione di rimborsi superiori a 90.000 € è necessaria l'approvazione del Consiglio dei Delegati Nazionale.

Sono comprese le spese dell'intera équipe medico-sanitaria intervenuta nell'atto operatorio, nonché quelle per l'uso della sala operatoria e per il consumo dei medicinali connessi.

Sono comprese tutte le spese sanitarie e farmaceutiche (visite mediche specialistiche, analisi cliniche e di laboratorio, sangue, plasma, materiale di medicazione, ecc.) sostenute nel periodo di degenza.

Sono comprese la spesa per il trasporto in ambulanza (con un rimborso massimo annuo di 1.000 €) e la spesa per degenza in reparto di terapia intensiva.

Sono esclusi dal rimborso gli addebiti per l'uso di televisione, telefono e richiesta della cartella clinica.

Sono assimilabili agli interventi chirurgici i trattamenti sanitari specialistici di ossigenoterapia del sangue e di ozono terapia dell'artrosi, nonché gli interventi effettuati con il laser, litotritore e mediante crioterapia.

Non sono oggetto di rimborso gli interventi chirurgici miranti esclusivamente a rendere più gradevole l'aspetto della persona, quali interventi di chirurgia estetica e/o conservativa.

Sono compresi tutti i tipi di parto eccetto il parto naturale.

Voce 107. Parto naturale e spese sanitarie connesse
(rimborso dell'80% della spesa)

Gli aspetti normativi di accesso al rimborso sono analoghi a quelli della voce 105.

11 Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche (a tariffa con massimali annui)

- 11.1 Il socio deve presentare fatture per prestazioni rese da sanitari esercenti la professione di odontoiatra ai sensi della Legge 24/7/1985 n. 409 e riportanti in dettaglio la prestazione effettuata in relazione alle voci ammesse a rimborso.
- 11.2 A tal fine è indispensabile che le fatture siano corredate dell'apposito prospetto analitico asem, debitamente compilato e sottoscritto dall'odontoiatra, anche nel caso di cure effettuate all'estero. In assenza di tale documento, non si darà luogo alla liquidazione dei rimborsi.
- 11.3 Non si erogano rimborsi a fronte di fatture di acconto ma solo per fatture riportanti prestazioni effettivamente erogate e dettagliate; in ogni caso alla fine dell'anno deve essere consegnata una fattura di consuntivo con il modulo di dettaglio compilato dal medico odontoiatra.
- 11.4 Non rientrano, di norma, nelle prestazioni odontoiatriche gli interventi effettuati in strutture ospedaliere, come nel caso della chirurgia maxillo-facciale, che vanno invece considerati nelle voci del paragrafo 9, nonché le visite odontoiatriche non connesse ad un ciclo curativo che sono invece considerate nelle visite specialistiche (voce 301).
- 11.5 Trattamenti chirurgici dei tessuti molli e duri propedeutici al posizionamento di fixture implantari in condizioni anatomiche ideali vanno assimilati alla sfera della chirurgia maxillo-facciale e vanno fatturati a parte (riferimento paragrafo 10). La descrizione dell'intervento effettuato va riportata in un'apposita relazione sottoscritta dallo stesso Odontoiatra.
- 11.6 Il rimborso è soggetto ai seguenti massimali annui (che riguarda tutte le voci con l'esclusione della sola Ortodonzia, voce 202):

11.6.1	fatture riferite ad un solo avente diritto	Euro	6.500
11.6.2	fatture riferite fino a 3 aventi diritto	Euro	8.000
11.6.3	fatture riferite a oltre 3 aventi diritto	Euro	10.000
11.6.4	fermo restando che per il singolo assistito non potrà essere erogato un rimborso superiore a	Euro	6.500

- 11.7 Le prestazioni di cui alle subvoci da 771 a 830 sono – di norma – ammesse a rimborso solo se è trascorso un periodo pari ad almeno cinque anni dall'esecuzione di analoghi interventi sui medesimi denti, con l'eccezione delle subvoci 771, 773, 776 e 777 in cui il periodo si riduce a due anni
- 11.8 I soci nel richiedere il rimborso per interventi riferiti alle voci in argomento (da subvoce 771 a subvoce 830) devono sottoscrivere una specifica dichiarazione – inserita nel modulo di richiesta di rimborso spese sanitarie – che attesti la sussistenza o meno della condizione di cui sopra (cfr. § 11.7).
- 11.9 Per tutte le prestazioni che prevedono la realizzazione di un manufatto da parte del laboratorio odontotecnico deve essere allegato copia della relativa dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio stesso.
- 11.10 È escluso ogni rimborso a fronte di spese per viaggi e soggiorni

Voce 201. Odontoiatria e stomatologia

subVoce	Descrizione	Euro
10	Visita odontoiatrica (solo se connessa ad un ciclo curativo e comunque una per ciclo, la solo detartrasi non è considerata ciclo curativo)	30

Chirurgia

subVoce	Descrizione	Euro
110	Estrazione semplice di dente o radice di dente (compresa l'eventuale sutura)	70
120	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale, o con chiusura di comunicazione orosinusale (compresa l'eventuale sutura)	140
140	Chirurgia preprotetica (interventi per ascessi o flemmoni, asportazione epulidi, ranule, cisti, piccoli calcoli salivari, livellamento creste, tori, affondamenti di fornice, aumenti di creste, ecc.; interventi per biopsia; rizotomia, rizectomia, frenulectomia)	150
150	Apicectomia / Cistectomia	250

Parodontologia

subVoce	Descrizione	Euro
205	Chirurgia ossea rigenerativa con impiego di biomateriali e/o membrane	300
280	Splintaggio (legature interdentali) (a sestante)	100
290	Cartella parodontale (massimo n.1 per anno con indicazione trattamenti da eseguire e da inviare unitamente al prospetto analitico di tutte le prestazioni)	50

Radiologia

subVoce	Descrizione	Euro
310	Radiografia endorale (massimo n.8 per anno)	10
320	Radiografia completa per arcata (panoramica, RX latero laterale, Telecranio, Full RX endorale, RX con craniostato, E.R.S.E.) (massimo n.1 per anno)	50

Terapia conservativa

subVoce	Descrizione	Euro
410	Otturazione di carie non penetrante	95
420	Ricostruzione del dente coronale anche con utilizzo di perni parapulpari o perni in fibra o viti/perni radicolari	130
430	Sigillatura ad elemento	20

Endodonzia

subVoce	Descrizione	Euro
460	Pulpotomia e incappucciamento della polpa	25
470	Terapia endodontica in dente monoradicolare	80
480	Terapia endodontica in dente pluriarticolare	160
481	Ritrattamento endodontico - per canale	45

Igiene orale

subVoce	Descrizione	Euro
510	Ablazione tartaro o scaling (massimo n. 2 per anno) (questa voce comprende anche la relativa visita per l'Igiene Orale)	90
520	Levigatura delle radici (massimo n. 2 a quadrante per anno)	65
590	Laserterapia per tasche piorroiche (massimo n.4 a quadrante per anno solo se indicate nella cartella parodontale)	30

Protesi mobile

subVoce	Descrizione	Euro
750	Riparazione di protesi	55
760	Ribasatura di protesi a caldo	110
770	Ribasatura di protesi a freddo	75
771	Gancio a filo	45
772	Protesi totale - ad arcata	1.000
773	Protesi parziale con ganci a filo – ad arcata	550
774	Scheletrato con attacchi – ad arcata	450
775	Scheletrato con ganci fusi - ad arcata	850
776	Attacco su corona o protesi	150
777	Aggiunta di un elemento su protesi rimovibile	90

Protesi fissa

subVoce	Descrizione	Euro
805	Provvisoria resina - ad elemento	80
810	Corona definitiva o elemento di ponte con rivestimento ceramico – ad elemento	650
820	Perno moncone fuso – ad elemento	130
830	Intarsio di qualunque materiale	250

Implantologia

subVoce	Descrizione	Euro
894	Impianto endo-osseo (fixture) comprensivo di vite di guarigione, moncone, vite di connessione	750
896	Minirialzo del seno con approccio crestale	250
897	Grande rialzo del seno con approccio laterale	550
898	Dima in resina per posizionamento dei perni	80

Gnatologia

subVoce	Descrizione	Euro
920	Byte-plane	200
930	Esame strumentale per valutazione gnatologica (es. T.SCAN)	170

Grandi riabilitazioni su impianti

subVoce	Descrizione	Euro
950	Riabilitazione fissa per arcata (tecnica all-on-four, all-on-six, toronto bridge) incluse le estrazioni e trattamento provvisorio Il contributo è erogato solo se sono trascorsi almeno 8 anni dall'esecuzione di analogo intervento sulla medesima arcata. Inoltre alla richiesta di contributo devono essere allegati: a) esame radiologico OPT (datato antecedente all'intervento) b) esame radiologico OPT (a trattamento ultimato) c) la dichiarazione di conformità del manufatto rilasciata dal laboratorio odontotecnico	6.000

Voce 202. Ortodonzia

subVoce	Descrizione	Euro
100	Studio del caso ortodontico con valutazione cefalometrica e rilievo impronte	100
110	Rimborso annuo ad arcata	660
120	Rimborso annuo ad arcata con apparecchiatura fissa	880

Per i figli di età tra 0 e 18 anni compiuti nell'anno della prestazione, il rimborso della voce 110 è di 800 € e quello della voce 120 è di 1.000 €. I relativi importi devono essere evidenziati a parte nella fattura.

12 Assistenza specialistica e assimilata

Voce 301. Visite specialistiche

(rimborso dell'80% della spesa; il rimborso sale al 90% della spesa per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno).

Il valore massimo della spesa ammessa a rimborso è di 260 euro per visita e il valore massimo del rimborso è pari a 2.000 € per anno per assistito. Il massimale sul rimborso non si applica ricorrendo a prestazioni in forma "diretta".

Sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da un medico con specializzazione universitaria nella branca specifica compatibile con la visita effettuata (ortopedia, otorinolaringoiatria, cardiologia, scienza dell'alimentazione, etc.) che può risultare dalla qualifica del medico, apposta con gli altri dati dell'emittente la fattura, o può essere dedotta dalla stessa, con la dicitura – per esempio – “visita specialistica” seguita dal tipo della visita o dicitura analoga.

Sono ammesse le visite specialistiche domiciliari se richieste dal medico di base specificando che questa deve essere “domiciliare per paziente non deambulante”.

Sono escluse le prestazioni di base quali assistenza di malattia generica, le visite del pediatra di base, le visite di esclusivo carattere medico-legale, quelle eseguite per il rilascio di una certificazione richiesta per fini diversi (assicurazioni, abilitazione alla guida e/o all'attività sportiva, provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, ecc.), quelle eseguite per fini estetici e/o conservativi e quelle connesse alle cure termali.

Sono ammesse a rimborso come specialistiche le visite odontoiatriche non attinenti ad un successivo ciclo curativo.

Sono assimilate alle visite specialistiche gli interventi notturni di un medico privato, in casi di particolare gravità o urgenza.

I cicli di visite effettuate da psichiatra (almeno tre visite in un trimestre) sono da considerare nella voce 503 “Cure psicoterapeutiche”.

Se la fattura si riferisce ad un “consulto” è necessario che tale specificità venga indicata e ciò al fine di giustificare l'ammontare eventualmente anomalo della prestazione.

Voce 302. Visite specialistiche pediatriche

(rimborso del 90% della spesa + ulteriore rimborso)

Sono rimborsate al 90% più un ulteriore rimborso di 52 euro per visita sino a concorrenza della spesa sostenuta; le visite pediatriche sono ammesse fino ai 14 anni di età.

Il valore massimo della spesa ammessa a rimborso è di 260 euro per visita e il valore massimo del rimborso è pari a 2.000 € per anno per assistito. Il massimale sul rimborso non si applica ricorrendo a prestazioni in forma “diretta”.

Voce 305. Check-up
(rimborso del 70% della spesa con un massimo di 800 €)

Vengono erogati rimborsi per i check-up agli assistiti di età superiore ai 40 anni (una sola volta ogni tre anni). Non saranno rimborsate spese di viaggio e soggiorno per l'effettuazione del check-up.

Si definisce convenzionalmente check up l'erogazione nel periodo di dieci giorni consecutivi di oltre 5 tra visite specialistiche e accertamenti radiologici.

Voce 306. Fecondazione assistita
(rimborso dell'80% della spesa con un massimo di 10.000 € per anno)

Voce 309. Ticket per visite specialistiche
(compresi i ticket di pronto soccorso)
(rimborso del 100% della spesa)

13 Assistenza infermieristica a domicilio

- 13.1 L'assistenza infermieristica a domicilio, intesa come supporto al recupero delle condizioni fisiche della persona, deve essere prescritta da un medico e prestata da un infermiere professionale.
- 13.2 Le voci 310 e 311 sono tra loro cumulabili.
- 13.3 Le voci 310 e 311 non sono cumulabili con le voci 701 e 702.

Voce 310. Diurna fascia orario 08.00-20.00
(rimborso massimo pari a 45 euro per giorno per un massimo di 60 giorni all'anno)

Voce 311. Notturna fascia oraria 20.00-08.00
(rimborso massimo pari a 55 euro per giorno per un massimo di 60 giorni all'anno)

14 Accertamenti diagnostici e analisi cliniche

- 14.1 È ammesso il prelievo domiciliare se l'impegnativa redatta dal Medico di famiglia o dal Pediatra indica chiaramente: "prelievo domiciliare per paziente non deambulante".

Voce 401. Accertamenti diagnostici

(rimborso dell'80% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione. Il limite massimo del rimborso è di 2.000 euro per anno per assistito). Il massimale sul rimborso non si applica ricorrendo a prestazioni in forma "diretta".

Voce 403. Analisi cliniche

(rimborso dell'80% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione. Il limite massimo del rimborso è di 2.000 euro per anno per assistito). Il massimale sul rimborso non si applica ricorrendo a prestazioni in forma "diretta".

Voce 404. Dialisi

(rimborso del 100% della spesa)

Voce 408. Ticket per analisi cliniche

(rimborso dell'80% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione)

Voce 409. Ticket per accertamenti diagnostici

(rimborso dell'80% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione)

15 Cure fisiche riabilitative, cure psicoterapeutiche e terapie curative

- 15.1 Dette cure sono ammesse a rimborso, purché siano effettuate presso strutture mediche o paramediche o da operatori abilitati all'esercizio della professione, dietro presentazione, da parte del socio, di idonea prescrizione medica che attesti la necessità della cura ad esclusivo scopo terapeutico, con esclusione quindi di qualsivoglia fine estetico o conservativo.
- 15.2 Non sono ammessi a rimborso:
- 15.2.1 i trattamenti per le cure fisiche e riabilitative effettuati presso centri termali e centri estetici anche se prescritti dal medico;
 - 15.2.2 i ticket per cure termali;
 - 15.2.3 i cicli di ginnastica correttiva, conservativa preventiva e posturale, anche se prescritti dal medico (fanno eccezione le terapie curative di gravi malattie degenerative quali ad esempio il Parkinson);
 - 15.2.4 le cure effettuate da podologi;
 - 15.2.5 le vaccinazioni;
 - 15.2.6 la profilassi per i viaggi all'estero e le vaccinazioni.

Voce 501. Cure fisiche e riabilitative

(rimborso del 60% della spesa con un massimo di 800 € per anno per assistito; il rimborso sale al 90%, con un limite massimo di 1.000 € per anno per assistito, per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione)

A seguito di patologie di particolare gravità (ad esempio interventi chirurgici, patologie cardiovascolari e neurologiche, distrofie, ictus, e malattie debilitanti), il limite massimo del rimborso annuo è elevato a 3.000 euro per anno per assistito.

In tale voce rientra la spesa per l'acquisto e il noleggio di apparecchiature per la magnetoterapia, se supportata da certificazione medica; inoltre rientrano anche le cure effettuate da chiropratici, se un medico ne attesta la necessità.

Voce 503. Cure psicoterapeutiche

(rimborso del 60% della spesa, con un rimborso massimo di 2.000 € per anno per assistito; il rimborso sale al 90% della spesa, con un limite massimo di 2.500 € per anno per assistito, per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione)

Il rimborso verrà erogato solo per cure effettuate da medico specialista in psichiatria o prescritte da medico specialista in psichiatria ed effettuate da psicoterapeuta abilitato all'esercizio dell'attività psicoterapeutica ai sensi dell'art. 3 della Legge 18/2/1989 n. 56. Non saranno prese in considerazione prescrizioni provenienti da medici generici o con specializzazione diversa da quella in psichiatria.

In tale voce vanno ricompresi cicli di visite effettuate da psichiatra (almeno tre visite in un trimestre).

Voce 504. Terapie radianti, chemioterapia

(rimborso del 100% della spesa)

Per tali terapie è sufficiente la sola documentazione della spesa sostenuta.

Tutte le prestazioni necessarie all'effettuazione delle terapie sono parte integrante della radioterapia e della chemioterapia.

Voce 505. Terapie intradermiche, endovenose e agopuntura
(rimborso del 70% della spesa, con un massimo di 2.000 € per anno per assistito; il rimborso sale al 90%, con un massimo di 2.400 € per anno per assistito per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

Le terapie debbono essere effettuate da medico o da infermiere professionale. Sono esclusi i medicinali iniettati.

16 Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e potenziate

- 16.1 Le voci 507, 508 e 509 seguenti sono destinate ai figli assistiti, come indicati nel Regolamento, portatori di handicap. L'handicap deve essere certificato dalla commissione medica come previsto dall'articolo 4 della legge 104-92.
- 16.2 I soci comunque sono impegnati ad usufruire prioritariamente delle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale e dalle strutture pubbliche.
- 16.3 Sono ammesse a rimborso secondo quanto previsto da dette voci, le prestazioni relative a patologie connesse a disturbi dell'età evolutiva (quali, ad esempio: disturbi della relazione, della comunicazione/interazione sociale, del linguaggio, dell'udito, dell'apprendimento, dello sviluppo, ecc.), fruite dai figli con età fino a 10 anni, anche in assenza della sopra richiamata certificazione ex legge 104/1992, dietro presentazione da parte del socio di idonea certificazione medica relativa alla sussistenza delle patologie indicate, rilasciata da un medico con specializzazione universitaria nella specifica branca sanitaria cui si riferisce la prestazione, attestante la necessità della specifica prestazione e la sua stretta correlazione con le patologie.

Voce 507. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

(rimborso del 90 % della spesa con un massimo di 20.000 € per anno per assistito)

La valutazione dell'ammissibilità a rimborso è affidata unicamente alla Direzione dell'asem.

I destinatari sono i figli assistiti, come indicati nel regolamento, portatori di handicap. L'handicap deve essere certificato dalla commissione medica come previsto dall'articolo 4 della legge 104-92.

I soci sono impegnati ad usufruire prioritariamente delle prestazioni offerti dal Servizio Sanitario Nazionale e dalle strutture pubbliche.

Sono rimborsabili i servizi di natura riabilitativa ed altre attività formative di tecniche riabilitative considerate di interesse per la patologia di cui è affetto il familiare disabile, soggiorni specialistici in località turistiche per giovani disabili, in cui si svolgono attività ludico pedagogiche, attività riabilitative e corsi di formazione, tarati sulle capacità dei singoli, in modo da avvicinare i partecipanti al mondo del lavoro, che riserva loro chances occupazionali prestabilite.

Sono rimborsabili le spese per le prestazioni relative a servizi socio assistenziali correlati alle prestazioni di cui alla presente voce per i titolari di indennità di accompagnamento (quali: assistenza domiciliare per i disabili, accompagnamento assistito).

Sono rimborsabili le attività formative destinate alle famiglie (così detto "parent training" per migliorare il sostegno al disabile e dominare lo stress).

Tutti i servizi di cui sopra debbono essere forniti da strutture specializzate nella cura della disabilità e dell'handicap e devono essere supportate da una relazione medica che ne attesti l'utilità.

Voce 508. Assistenza sanitaria potenziata per portatori di handicap
(rimborso a percentuale decrescente; 100%, 90%, con rimborso massimo di 30.000 € per anno per assistito).

Le spese ammesse documentate sono rimborsate al 100% fino ad una spesa di 10.000 euro e al 90% sulla spesa eccedente fino a 30.000 €. Casi particolari saranno valutati di volta in volta dalla Direzione di asem.

Sono comprese nella voce tutte le spese sanitarie, anche di tipo riabilitativo fisico, comunque sostenute (ad eccezione di Odontoiatria e stomatologia e interventi chirurgici), compresi anche i medicinali specifici (con specificità attestata dal medico curante), per la parte non riconosciuta dal SSN.

Voce 509. Altre prestazioni a rilevanza sociale
(rimborso del 70% della spesa con un massimo 2.000 € per assistito per anno).

Sono rimborsabili le spese per servizi resi da società e/o associazioni sportive, musicali, culturali ecc. al fine di favorire l'integrazione del disabile.

Sono anche rimborsabili gli ausili per la comunicazione e riabilitazione (computer, software, materiali didattici ecc.) per la parte riguardante l'adeguamento del servizio o dell'apparecchiatura all'utilizzazione specifica del portatore di handicap o disabile, se il servizio o l'apparecchiatura di base può essere di uso anche per non portatori di handicap o non disabili.

Per esempio l'acquisto di un tablet o di uno smartphone standard non è rimborsabile in quanto è di uso nella generalità dei casi ma l'adattamento dell'apparecchiatura all'uso del portatore di handicap (per esempio un video più grande o un particolare SW) sono rimborsati, fermo appunto la non rimborsabilità dell'apparecchiatura o servizio di base.

17 Occhiali e lenti, presidi ortopedici ed altre protesi

- 17.1 La somma dei rimborsi relativi alle voci 601, 602 e 603 prevede un massimale di 490 € per anno per assistito, elevato a 560 € per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno delle prestazioni.
- 17.2 Laddove la somma della spesa relativa alle voci 602 e 603 superi i 400 euro è necessario presentare l'attestazione del visus fornita dall'oculista. Il massimale non si applica solo per particolari patologie opportunamente documentate da esaminare caso per caso da parte della Direzione di asem (es. interventi di cataratta).

Voce 601. Lenti a contatto correttive

(rimborso del 70% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

È esclusa la soluzione detergente.

Voce 602. Lenti correttive

(rimborso del 70% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

Voce 603. Montatura occhiali

(rimborso del 70% della spesa; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

Voce 610. Presidi ortopedici, protesi funzionali, strumenti diagnostici per automonitoraggio

(rimborso del 70% della spesa con un massimo di 840 € per anno per assistito; il rimborso sale al 90% con un massimo di 1.080 € per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

Sono ammessi a rimborso solo se richiesti con prescrizione medica.

Le richieste di rimborso saranno valutate dalla Direzione asem tenendo in considerazione la patologia, l'utilizzo, le alternative ed il costo.

Voce 611. Presidio acustico, nuovo apparecchio

(rimborso del 70% della spesa con il limite di un nuovo presidio ogni due anni e un rimborso massimo di 2.100 € per anno per assistito; il rimborso sale al 90%, con un rimborso massimo di 2.500 €, per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

Sono ammessi a rimborso solo se richiesti con prescrizione medica.

Qualora venga acquistato o sostituito nell'anno un apparecchio acustico per solo uno dei due orecchi, è erogabile il rimborso nell'anno successivo per l'acquisto dell'apparecchio per l'altro orecchio. Il limite di 2.100 € (2.500 € per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione) è sulla somma dei 2 apparecchi; il limite dei 2 anni è sul singolo apparecchio.

Voce 612. Presidio acustico, riparazione apparecchio esistente
(rimborso del 70% della spesa con un massimo di 700 € per anno e per assistito; il rimborso sale al 90% per i figli di età fino a 18 anni compiuti nell'anno della prestazione).

18 Lungodegenze

- 18.1 I ricoveri e l'assistenza domiciliare continuativi riguardano soggetti affetti da forme morbose croniche, in condizioni di non autosufficienza risultante da certificazione rilasciata dalla commissione medica della ASL per l'accertamento degli stati di invalidità. Grado di invalidità: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita" (invalido al 100% più indennità di accompagnamento).
- 18.2 Nel caso che l'accertamento degli stati di invalidità sia ancora in corso dopo la richiesta presentata all'ASL, i contributi per le voci 701 e 702 sono riconosciuti a far tempo dalla data del riconoscimento della condizione di non autosufficienza.
- 18.3 Per l'erogazione dei contributi 701 e 702 è necessario produrre le indicate certificazioni mediche e i documenti fiscalmente validi.
- 18.4 Tali rimborsi non sono cumulabili con quelli relativi alle voci 102, 301 e 302.

Voce 701. Ricovero continuativo
(rimborso massimo pari a 40 € al giorno).

Sono compresi i ricoveri in:

- a) case di cura per lungodegenti sottoposti a terapie conservative;
- b) strutture per anziani non autosufficienti.

Il rimborso viene erogato con un acconto del 75% del rimborsabile per le domande prodotte in corso d'anno; il saldo viene erogato nei limiti della somma destinata a tale voce pari a 350.000 euro.

In caso di superamento di tale importo si procede alla ripartizione tra i soci richiedenti.

Voce 702. Assistenza domiciliare continuativa
(rimborso massimo pari a 500 € al mese).

Viene erogato il rimborso della spesa sostenuta nel caso di assistenza domiciliare continuativa prestata da persona adibita all'assistenza di componenti della famiglia non autosufficienti (come da CCNL sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico).

Il rimborso viene erogato in unica soluzione in occasione della liquidazione definitiva a saldo, nei limiti della somma destinata a tale voce pari a 250.000 € per anno.

In caso di superamento di tale importo si procederà alla ripartizione tra i soci richiedenti.