

TARIFFARI

Sussidio Sanitario **PLUS**

ACCERTAMENTI CLINICI (massimale € 125 annui per persona - € 185 annui per nuclei fino a 3 - € 225 annui per nuclei oltre 3)				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANALISI DI LABORATORIO (sangue, urine, feci)	80% della spesa		Prescrizione medica	
TICKET ANALISI DI LABORATORIO (sangue, urine, feci)	100% della spesa		Fattura con indicazione del ticket pagato	
PAP TEST / COLPOSCOPIA	€ 25,00		Prescrizione medica se non effettuata in corso di visita specialistica	
TEST ALLERGologici	€ 50,00		Prescrizione medica	
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)				
ACCERTAMENTI DI BASSA DIAGNOSTICA				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ECOGRAFIA	€ 50,00		Prescrizione medica	Indipendentemente dal numero di distretti
MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 65,00		Prescrizione medica	x
RADIOGRAFIA	€ 50,00		Prescrizione medica	Indipendentemente dal numero di distretti
TICKET ACCERTAMENTI DI BASSA DIAGNOSTICA	€ 50,00	Solo prestazioni effettuate con il SSN		Indipendentemente dal numero di distretti
ANGIOGRAFIA				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO	€ 596,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA	€ 596,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA	€ 596,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI	€ 596,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI	€ 596,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**ANGIOGRAFIA**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIDIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)	€ 596,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)	€ 478,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI	€ 478,00		Prescrizione medica	
ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICO-ADDOMINALE)	€ 596,00		Prescrizione medica	
ANGIOGRAFIA ALTRI DISTRETTI	€ 478,00		Prescrizione medica	

DOPPLER/ECOCOLOR DOPPLER e MINERALOMETRIA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ECOTOMOGRAFIA VASCOLARE (DOPPLER - ECO COLOR DOPPLER)	€ 70,00		Prescrizione medica	
DENSITOMETRIA TOTAL BODY	€ 81,00		Prescrizione medica	
MINERALOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA	€ 81,00		Prescrizione medica	

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E INTERVENTI AMBULATORIALI

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
AGOBIOPSIA POLMONARE TAC-GUIDATA (PER ESAME VEDI T.A.C.)	€ 160,00		Prescrizione medica	
AGOBIOPSIA/AGOASPIRATO (QUALSIASI NUMERO DI PRELIEVI)	€ 160,00		Prescrizione medica	
BIOPSIA DEL MEDIASTINO SOTTO GUIDA ECOENDOSCOPICA (COMPRESA APPARECCHIATURA/STRUMENTAZIONE)	€ 160,00		Prescrizione medica	
BIOPSIA/AGOBIOPSIA CEREBRALE STEREOTASSICA	€ 160,00		Prescrizione medica	
COLPOSCOPIA COMPRESA VULVOSCOPIA (ESAME COMPLETO)	€ 250,00		Prescrizione medica	
ENDOSCOPIA LACRIMALE OPERATIVA CON FIBRE OTTICHE	€ 160,00		Prescrizione medica	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (CON O SENZA BIOPSIA)	€ 300,00		Prescrizione medica	
INTASAMENTO ERNIARIO, RIDUZIONE MANUALE DI	€ 160,00		Prescrizione medica	
INTERVENTO BIOPTICO (INCLUSO ESAME ISTOLOGICO)	€ 160,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E INTERVENTI AMBULATORIALI**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALI BIOPSIE (COME UNICO ESAME)	€ 250,00		Prescrizione medica	
ISTEROSONOSALPINGOGRAFIA O SONOSALPINGOGRAFIA (COMPRESO MEZZO DI CONTRASTO)	€ 100,00			
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA E/O SALPINGOCROMOSCOPIA COMPRESSE EVENTUALI BIOPSIE (COME UNICO INTERVENTO)	€ 250,00		Prescrizione medica	
MAMMOTOME (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO RADIOLOGO)	€ 160,00		Prescrizione medica	
PROLASSO RETTALE E/O VAGINALE, RIDUZIONE MANUALE DI	€ 160,00		Prescrizione medica	
RETTOSIGMACOLONSCOPIA (RSCS) DIAGNOSTICA (CON O SENZA BIOPSIA)	€ 300,00		Prescrizione medica	
TRACHEO-BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA CON EVENTUALE AUTOFLUORESCENZA	€ 218,00		Prescrizione medica	

CARDIOLOGIA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
E.C.G. DI BASE	€ 24,00		Prescrizione medica	
E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO	€ 102,00		Prescrizione medica	
E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTER (24 H)	€ 102,00		Prescrizione medica	
MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)	€ 88,00		Prescrizione medica	
TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE	€ 105,00		Prescrizione medica	

NEUROLOGIA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
BRAIN MAPPING	€ 80,00		Prescrizione medica	
ELETTROENCEFALOGRAMMA	€ 50,00		Prescrizione medica	
ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 ORE	€ 130,00		Prescrizione medica	
ELETTROMIOGRAFIA COMPLETA SENZA DISTINZIONE DI SEGMENTO	€ 55,00		Prescrizione medica	
POLIFISIOGRAFIA DEL SONNO	€ 112,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**OCULISTICA**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
CAMPIMETRIA	€ 50,00		Prescrizione medica	
FLUORANGIOGRAFIA	€ 108,00		Prescrizione medica	
FLUORANGIOSCOPIA, ANGIOSCOPIA DEL SEGMENTO ANTERIORE, TEMPO DI CIRCOLO DELLA FLUORESCINA	€ 108,00		Prescrizione medica	
O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA	€ 50,00		Prescrizione medica	
PACHIMETRIA CORNEALE	€ 50,00		Prescrizione medica	

OTORINOLARINGOIATRIA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ENDOSCOPIA ORL	€ 40,00		Prescrizione medica	
ESAME AUDIOMETRICO/VESTIBOLARE	€ 25,00		Prescrizione medica	
IMPEDENZOMETRIA	€ 40,00		Prescrizione medica	
POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 60,00		Prescrizione medica	

PNEUMOLOGIA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
SPIROMETRIA	€ 50,00		Prescrizione medica	
SPIROMETRIA CON PROVA DA SFORZO	€ 50,00		Prescrizione medica	

UROLOGIA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ESAME URODINAMICO COMPLETO	€ 60,00		Prescrizione medica	
UROFLUSSIMETRIA	€ 60,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Assistenza anestesiológica e Mezzo di contrasto in corso di RM e TC**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA IN CORSO DI TC-RM	€ 40,00		Prescrizione medica	
MEZZO DI CONTRASTO IN CORSO DI TC-RM	€ 50,00		Prescrizione medica	

RISONANZA MAGNETICA (R.M.)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO, SALVO I CASI DESCRITTI)	€ 230,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO R.M. CIRCOLO ENDOCRANICO	€ 230,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO R.M. DI 1 O 2 ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 230,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO R.M. TRONCHI SOVRAORTICI (DI 1 O 2 TRONCHI SOVRAORTICI)	€ 230,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ATM MONOLATERALE	€ 182,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
COLANGIO E/O WIRSUNG RMN	€ 218,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	€ 218,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI	€ 218,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)	€ 168,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO	€ 175,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. CON BOBINA TRANSRETTALE, COMPRESA SPETTROSCOPIA	€ 280,00		Prescrizione medica	
R.M. CUORE	€ 182,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)	€ 182,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)	€ 364,00		Prescrizione medica	
R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)	€ 364,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**RISONANZA MAGNETICA (R.M.)**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
R.M. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	€ 364,00		Prescrizione medica	
RM ADDOME SUPERIORE O INFERIORE CON DEFECO RM	€ 294,00		Prescrizione medica	
STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI	€ 180,00		Prescrizione medica	
URO-R.M.	€ 280,00		Prescrizione medica	ogni ulteriore segmento 50% della tariffa

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (T.C.)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANGIO T.C. AORTA ADDOMINALE	€ 170,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO T.C. AORTA TORACICA	€ 145,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO T.C. AORTA TORACICA E ADDOMINALE	€ 210,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO T.C. DELLE ARTERIE CORONARIE	€ 350,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO VASCOLARE CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D - SALVO I CASI DESCRITTI	€ 145,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO T.C. TORACE (ARTERIE O VENE POLMONARI)	€ 115,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
ANGIO TC ALTRI DISTRETTI	€ 145,00		Prescrizione medica	
ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI	€ 100,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)	€ 245,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)	€ 180,00		Prescrizione medica	
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 1 ARCATI	€ 100,00		Prescrizione medica	
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 2 ARCATI	€ 160,00		Prescrizione medica	
T.C. ADDOME INFERIORE PER ENDOSCOPIA VIRTUALE DELLA VESCICA	€ 180,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (T.C.)**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	€ 135,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
T.C. BACINO E SACRO	€ 100,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI INTERSOMATICI	€ 115,00		Prescrizione medica	
T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCCOCCIGEO)	€ 260,00		Prescrizione medica	
T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCCOCCIGEO)	€ 260,00		Prescrizione medica	
T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCCHIE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI	€ 115,00		Prescrizione medica	
T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI	€ 160,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	€ 260,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa
TC MASCELLARE CON ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE (VITREA)	€ 182,00		Prescrizione medica	
URO – TC	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento 50% della tariffa

SCINTIGRAFIE E PET

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	€ 110,00		Prescrizione medica	
ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO	€ 110,00		Prescrizione medica	
ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI	€ 118,00		Prescrizione medica	
CAPTAZIONE TIROIDEA	€ 65,00		Prescrizione medica	
CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA	€ 82,00		Prescrizione medica	
DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMAZIE	€ 168,00		Prescrizione medica	
DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO	€ 168,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**SCINTIGRAFIE E PET**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA	€ 168,00		Prescrizione medica	
DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)	€ 168,00		Prescrizione medica	
IMMUNOSCINTIGRAFIA	€ 220,00		Prescrizione medica	
LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA	€ 105,00		Prescrizione medica	
MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE	€ 168,00		Prescrizione medica	
RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI	€ 220,00		Prescrizione medica	
RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA) (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE-RADIOLOGO)	€ 98,00		Prescrizione medica	
SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)	€ 205,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)	€ 107,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)	€ 192,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	€ 107,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)	€ 690,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)	€ 790,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE	€ 110,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)	€ 205,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)	€ 225,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)	€ 225,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)	€ 225,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE	€ 225,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**SCINTIGRAFIE E PET**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE	€ 82,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DELLE ghiandole SALIVARI	€ 60,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)	€ 144,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPFFERIANA	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	€ 790,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI	€ 682,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI	€ 682,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA	€ 200,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE	€ 105,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA	€ 65,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	€ 65,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	€ 154,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)	€ 82,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)	€ 154,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**SCINTIGRAFIE E PET**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)	€ 58,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)	€ 154,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE	€ 110,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMAZIE AUTOLOGHE	€ 114,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA SURRENALE	€ 210,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 130,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO	€ 130,00		Prescrizione medica	
STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	€ 168,00		Prescrizione medica	
STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)	€ 225,00		Prescrizione medica	
STUDIO SCINTIGRAFICO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	€ 78,00		Prescrizione medica	

CURE TERMALI

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
TICKET CURE TERMALI	€ 150,00			Solo a seguito di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Chirurgia e Parodontologia**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
APICECTOMIA (ESCLUSA CURA CANALARE)	€ 115,00		Rx post-cura	
ASPORTAZIONE CISTI	€ 130,00	Incompatibile con estrazione	Rx pre-cura - Foto intra-operatorie	
ASPORTAZIONE EPULIDE	€ 110,00		Foto pre-cura	
DIMA CHIRURGICA	€ 78,00	Max 1 ad arcata	Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
DISINCLUSIONE DI DENTI RITENUTI	€ 65,00		Rx pre-cura	
ESTRAZIONE DI DENTE O DI RADICE DI DENTE	€ 45,00			
ESTRAZIONE DEL TERZO MOLARE IN DISODONTOIASI O INCLUSIONE OSSEA PARZIALE	€ 80,00		Rx pre-cura	
ESTRAZIONE DEL TERZO MOLARE IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE	€ 200,00		Rx pre-cura	
FLUOROPROFILASSI	€ 67,00	Max 1 volta ad anno. Per bambini tra 6 e 12 anni.		
FRENULECTOMIA	€ 98,00		Foto intra-operatorie	
FRENULOTOMIA	€ 45,00		Foto intra-operatorie	
GERMECTOMIA	€ 98,00		Rx pre-cura	
IGIENE ORALE	€ 50,00	Max 1 ad anno.		
IMPIANTO OSTEOINTEGRATO	€ 700,00	Max 11 impianti, compresi i rifacimenti effettuati sullo stesso elemento (esclusi gli ottavi). Il concorso è comprensivo del perno di connessione, abutment e ogni altra voce relativa alla riabilitazione impiantare. Nel caso di ricorso a studi dentistici convenzionati è prevista una quota a carico del Socio che non può superare euro 400,00 ad impianto	Rx post-cura dopo il confezionamento protesico	
INNESTO DI MUCOSA - AD ELEMENTO	€ 50,00		Foto del sito donatore del prelievo (subito dopo il prelievo) - Foto del sito ricevente (dopo l innesto di mucosa)	

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Chirurgia e Parodontologia**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
INNESTO OSSEO (CON MATERIALE OSSEO AUTOLOGO, ETEROLOGO O SINTETICO), RIALZO DEL SENO MASCELLARE (A EMIARCATA)	€ 650,00	Concorso omnicomprensivo (membrane, lembo, sutura, etc) a emiarcata e nel corso della vita. L'intervento deve essere finalizzato: 1 - riabilitazione implanto-protetica a breve termine (in assenza di elemento esclusi terzi molari) oppure 2 - rigenerazione del supporto osseo in uno o più elementi compromessi dal punto di vista parodontale, con possibilità di intervenire con implantologia sullo stesso elemento, non prima della scadenza del biennio successivo alla data di fine cura. Prestazione non compatibile con interventi di chirurgia parodontale profonda	Rx pre-cura - Foto intra-operatorie a lembi scollati nella fase di innesto osseo - Rx post-cura	
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE	€ 25,00			
INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	€ 115,00	Ad arcata. Solo in caso di edentulia totale	Foto intra-operatorie	
Intervento di chirurgia parodontale profonda, allungamento di corona clinica, levigatura radici (o courettage) a cielo aperto, lembo a riposizione apicale, intervento di Widman modificato, osteoplastica, lembi a riposizione laterale, coronale, bipapillare, chirurgia muco-gengivale: (AD ELEMENTO)	€ 32,00	Liquidabile solo in presenza di denti naturali e incompatibile con l'innesto osseo	Foto intra-operatorie a lembi scollati	
Intervento di chirurgia parodontale profonda, allungamento di corona clinica, levigatura radici (o courettage) a cielo aperto, lembo a riposizione apicale, intervento di Widman modificato, osteoplastica, lembi a riposizione laterale, coronale, bipapillare, chirurgia muco-gengivale: (A EMIARCATA)	€ 162,00	Liquidabile solo in presenza di denti naturali e incompatibile con l'innesto osseo	Foto intra-operatorie a lembi scollati	
RIZECTOMIA	€ 50,00		Rx post-cura	
RIZOTOMIA	€ 37,00		Rx post-cura	
SPLINTAGGIO (A EMIARCATA)	€ 65,00	Ad arcata		
BYTE-PLANE O PLACCA DI SVINCOLO	€ 148,00	Max 3 nel corso della vita. In assenza di dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico, sarà corrisposto un importo di euro 80,00.	Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
ESAME E STUDIO DEL CASO CON CONFEZIONAMENTO DEI MODELLI DELLE ARCADE	€ 52,00	Una tantum pre-cura. Compatibile solo con trattamenti ortodontici e byte		

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Ortognatodonzia**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
PLACCA DI CONTENZIONE O MANTENITORE DI SPAZIO	€ 110,00	Per arcata. Una tantum	Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
TRACCIATO E STUDIO CEFALOMETRICO	€ 46,00			
TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHIO FISSO	€ 580,00	Per arcata e per anno di cura. Il concorso è previsto per massimo 3 anni (36 mesi) nel corso della vita indipendentemente dal tipo di ortodonzia effettuata (fissa, mobile o fissa + mobile)	Foto della bocca con apparecchiatura inserita. Per il primo anno accertamenti propedeutici da inviare in visione	
TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHIO MOBILE	€ 390,00	Per arcata e per anno di cura. Il concorso è previsto per massimo 3 anni (36 mesi) nel corso della vita indipendentemente dal tipo di ortodonzia effettuata (fissa, mobile o fissa + mobile)	Foto della bocca con apparecchiatura inserita. Per il primo anno accertamenti propedeutici da inviare in visione	

Protesi fisse

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ALETTE IN LNP PER FISSAGGIO PONTE DI MARYLAND	€ 58,00		Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
ALETTE IN LP PER FISSAGGIO PONTE DI MARYLAND	€ 92,00		Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
CORONA IN LNP E PORCELLANA O COMPOSITO	€ 228,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi da considerare solo se pilastri di ponte in assenza degli elementi limitrofi). Non ripetibile prima di 7 anni.	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. Rx post-cura in caso di numero di corone superiori a 3.	
CORONA IN LNP E RESINA	€ 195,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi da considerare solo se pilastri di ponte in assenza degli elementi limitrofi). Non ripetibile prima di 7 anni.	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. Rx post-cura in caso di numero di corone superiori a 3.	
CORONA IN LP E PORCELLANA, ZIRCONIO O CERAMICA INTEGRALE	€ 292,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi da considerare solo se pilastri di ponte in assenza degli elementi limitrofi). Non ripetibile prima di 7 anni.	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. Rx post-cura in caso di numero di corone superiori a 3.	

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Protesi fisse**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
CORONA IN LP E RESINA	€ 260,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi da considerare solo se pilastri di ponte in assenza degli elementi limitrofi). Non ripetibile prima di 7 anni.	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. Rx post-cura in caso di numero di corone superiori a 3.	
CORONA PROVVISORIA PER ELEMENTO	€ 25,00			
INTARSIO IN COMPOSITO	€ 98,00	Non ripetibile prima di 7 anni. Indipendentemente dal numero di superfici interessate	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico.	
INTARSIO IN LP o PORCELLANA	€ 145,00	Non ripetibile prima di 7 anni. Indipendentemente dal numero di superfici interessate	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico.	
PERNO IN LNP	€ 65,00		Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. In caso di perno multiplo anche rx post-cura	
PERNO MONCONE IN LP (SINGOLO)	€ 98,00		Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. In caso di perno multiplo anche rx post-cura	
PERNO MONCONE IN LP (MULTIPLO)	€ 117,00		Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. In caso di perno multiplo anche rx post-cura	
RIFACIMENTO O RIPARAZIONE DI FACCETTA SU CORONA IN PORCELLANA CONFEZIONATA IN PRECEDENZA	€ 72,00	Comprensiva di rimozione e corona provvisoria.	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
RIFACIMENTO O RIPARAZIONE DI FACCETTA SU CORONA IN RESINA CONFEZIONATA IN PRECEDENZA	€ 36,00	Comprensiva di rimozione e corona provvisoria.	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
RIMOZIONE PROTESI CONFEZIONATE IN PRECEDENZA	€ 15,00	Per ogni elemento di fissaggio. Non riconosciuta in caso di estrazione		

Protesi Rimovibili

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ATTACCO DI PRECISIONE (SOLO PER SOSTITUZIONE) O FRESAGGIO INTRA-EXTRA CORONALE O CAPPETTE	€ 92,00			
ELEMENTO SU PROTESI SCHELETRATA	€ 36,00			
GANCIO A FILO PER PROVVISORI O SOSTITUZIONE GANCIO SU PROTESI ESISTENTI	€ 20,00			

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Protesi Rimovibili**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
OVERDENTURE CON ATTACCHI E/O CAPPETTE (AD ARCATA - IMPIANTI ESCLUSI) O AVVITATE SU IMPIANTI	€ 945,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni. Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.		
ATTACCO DI PRECISIONE (SOLO PER SOSTITUZIONE) O FRESAGGIO INTRA-EXTRA CORONALE O CAPPETTE	€ 92,00			
ELEMENTO SU PROTESI SCHELETRATA	€ 36,00			
GANCIO A FILO PER PROVVISORI O SOSTITUZIONE GANCIO SU PROTESI ESISTENTI	€ 20,00			
PROTESI PROVVISORIA RIMOVIBILE (PER OGNI ELEMENTO)	€ 15,00			
PROTESI RIMOVIBILE IN RESINA DI UN SOLO ELEMENTO	€ 47,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.
PROTESI RIMOVIBILE IN RESINA PER ELEMENTI SUCCESSIVI AL PRIMO	€ 26,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.
PROTESI RIMOVIBILE IN RESINA TOTALE (AD ARCATA)	€ 485,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.
PROTESI SCHELETRATA IN LNP - SOLO STRUTTURA CON ATTACCHI	€ 300,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.
PROTESI SCHELETRATA IN LNP - SOLO STRUTTURA CON GANCI	€ 170,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Protesi Rimovibili**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
PROTESI SCHELETRATA IN LP - SOLO STRUTTURA CON ATTACCHI	€ 364,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.
PROTESI SCHELETRATA IN LP - SOLO STRUTTURA CON GANCI	€ 280,00	Max 14 elementi per arcata (esclusi gli ottavi). Non ripetibile prima di 5 anni.		Il rimborso a tariffario del rifacimento prima della scadenza, è previsto solo nel caso in cui si passi da una protesi mobile parziale di non più di 10 elementi ad una protesi totale.
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE	€ 90,00	Ad arcata. Massimo 1 volta all'anno	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 38,00	Ad arcata. Massimo 1 volta all'anno		

Terapia conservativa

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
OTTURAZIONE-RICOSTRUZIONE	€ 40,00			
PERNO MONCONE IN FIBRA (CARBONIO, VETRO, QUARZO E SIMILARI)	€ 35,00			
REIMPIANTO DI ELEMENTO AVULSO PER TRAUMA	€ 120,00	Compresa cura canalare		
RICOSTRUZIONE FRATTURE	€ 98,00	Solo incisivi superiori	Foto pre-cura	
SIGILLATURA SOLCHI	€ 12,00	Max 16 elementi ogni 2 anni. Per bambini tra 6 e 12 anni		
TERAPIA ENDODONTICA IN DENTE MONOCANALARE	€ 72,00	Comprensivo di restauro pre e/o post endodontico e medicazioni intermedie	Per la terapia: Rx post-cura. Per il Ritrattamento: Rx pre-cura e Rx intra-operatorie con strumento inserito fino all'apice di ciascun canale ritrattato	
TERAPIA ENDODONTICA IN DENTE BICANALARE	€ 90,00	Comprensivo di restauro pre e/o post endodontico e medicazioni intermedie	Per la terapia: Rx post-cura. Per il Ritrattamento: Rx pre-cura e Rx intra-operatorie con strumento inserito fino all'apice di ciascun canale ritrattato	
TERAPIA ENDODONTICA IN DENTE TRICANALARE	€ 130,00	Comprensivo di restauro pre e/o post endodontico e medicazioni intermedie	Per la terapia: Rx post-cura. Per il Ritrattamento: Rx pre-cura e Rx intra-operatorie con strumento inserito fino all'apice di ciascun canale ritrattato	
VITE ENDOCANALARE	€ 15,00			

CURE ODONTOIATRICHE (massimale € 2.000 annui per persona - € 3.000 annui per nuclei fino a 3 - € 3.300 annui per nuclei oltre 3)**Radiodiagnostica odontoiatrica**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
FULL ENDORALE	€ 35,00	Solo sistematica da inviare a fine cura.		In caso di mancato invio delle lastre, saranno considerate, ai fini della liquidazione, come digitale/rvg
RADIOGRAFIA CARPALE E DETERMINAZIONE ETA' SCHELETRICA (POLSO)	€ 28,00			
RADIOGRAFIA PANORAMICA	€ 25,00			In caso di mancato invio delle lastre, saranno considerate, ai fini della liquidazione, come digitale/rvg
TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	€ 25,00			

CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE (massimale € 2.000 annui per persona)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE	€ 2.000,00			

LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA	€ 50,00	\	Prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista con indicazione del difetto visivo	Il rimborso può essere effettuato cumulando il diritto al contributo maturato in un biennio o un triennio

PACCHETTO MATERNITA' (massimale € 500 per evento)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
PACCHETTO MATERNITA'	100% della spesa			Fatture con indicazione esplicita di prestazione riconducibile alla gravidanza

PROTESI E PRESIDI SANITARI (massimale € 800 annui per persona - € 1.200 annui per nuclei fino a 3 - € 1.350 annui per nuclei oltre 3)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
APPARECCHI ORTOPEDICI: stampelle, carrozzine, corsetti e tutori	80% della spesa		Prescrizione medica Cartella clinica	Acquisto, riparazione e sostituzione, noleggio, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico
APPARECCHI GESSATO o PRESIDIO TERAPEUTICO SIMILARE	80% della spesa		Prescrizione medica Cartella clinica	Acquisto, riparazione e sostituzione, noleggio, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico
APPARECCHIO PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	80% della spesa		Prescrizione medica Cartella clinica	Acquisto, riparazione e sostituzione, noleggio, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico

RICOVERI**Interventi chirurgici**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
CLASSE DI INTERVENTO VII	€ 20.000,00		cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.
CLASSE DI INTERVENTO VI	€ 12.600,00		cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.
CLASSE DI INTERVENTO V	€ 7.500,00		cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.
CLASSE DI INTERVENTO IV	€ 5.200,00		cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.
CLASSE DI INTERVENTO III	€ 3.000,00		cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.
CLASSE DI INTERVENTO II	€ 1.950,00		cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.
CLASSE DI INTERVENTO I	€ 550,00	day hospital o day surgery	cartella clinica	Importo onnicomprensivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.

Per la classificazione dei ricoveri vedi *Elenco Interventi chirurgici***Ricovero senza intervento**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
RICOVERO SENZA INTERVENTO	€ 450,00	Numero massimo 5 giorni per un massimo di 3 ricoveri ad anno	Cartella clinica	

RICOVERI**Ricovero a carico del SSN**

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
RICOVERI CON INTEVENTO CHIRURGICO - RIMBORSO FORFETARIO GIORNALIERO	€ 100,00	Massimo 30 giorni con franchigia di 2 giorni	Cartella clinica o Scheda dimissione ospedaliera (S.D.O.)	
RICOVERI SENZA INTEVENTO CHIRURGICO - RIMBORSO FORFETARIO GIORNALIERO	€ 70,00	Massimo 30 giorni con franchigia di 2 giorni	Cartella clinica o Scheda dimissione ospedaliera (S.D.O.)	

TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE (massimale € 1.200 annui per persona - € 1.800 annui per nuclei fino a 3 - € 2.400 annui per nuclei oltre 3)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE	€ 50,00	A seguito di malattia o infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico	Prescrizione del medico corredata di diagnosi e relativo piano riabilitativo Lettera di dimissione dal ricovero o cartella clinica o certificato di pronto soccorso pubblico	La seduta prescinde dal tempo impiegato, dal numero e dal tipo di prestazioni effettuate

VISITE SPECIALISTICHE (massimale € 800 annui per persona - € 1.200 annui per nuclei fino a 3 - € 1.350 annui per nuclei oltre 3)

Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
VISITE SPECIALISTICHE	€ 56,00			Non sono ammesse a concorso le visite chiropratiche e osteopatiche, dietologiche, generiche, medico-legali, medico-sportive, odontoiatriche e ortodontiche, omeopatiche, psichiatriche e psicologiche