

Addì 4 Dicembre 2017, in Roma

TRA

Le Società Wind Tre S.p.A., Wind Tre Italia S.p.A. e 3lettonica S.p.A.

E

Le Segreterie Nazionali di SLC – CGIL, FISTel – CISL e UILCOM - UIL, su mandato delle RSU WIND TRE

Premesso che

- è obiettivo delle parti, nel quadro delle iniziative aziendali di Welfare, valorizzare forme di assistenza sanitaria integrativa a quella del Servizio Sanitario Nazionale;
- a tal fine il 24 febbraio 2017 le Società, unitamente alle OO.SS., hanno sottoscritto un accordo sul Fondo di Solidarietà Wind Tre (di seguito Fondo) che prevede l'estensione della copertura sanitaria a tutti i dipendenti Wind Tre a partire dal 1° gennaio 2018;
- a tale riguardo è stata istituita una Commissione Bilaterale allo scopo di analizzare la struttura del Fondo e individuare eventuali proposte finalizzate al miglioramento della stabilità finanziaria;
- la Commissione istituita del predetto accordo ha avanzato proposte di modifica del Regolamento, parte delle quali sono state approvate dal Consiglio di Amministrazione del Fondo nella seduta del 14 novembre u.s.;

le Parti concordano che

le prestazioni sanitarie effettuate a far data dall'1.1.2018 verranno gestite dal Fondo in base al Regolamento allegato al presente accordo che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Resta inteso che le richieste di rimborso relative a documenti di spesa con data anteriore all'efficacia del nuovo Regolamento verranno esaminate prendendo a riferimento la precedente normativa.

p. le Società Wind Tre S.p.A., Wind Tre Italia S.p.A., 3lettonica Industriale S.p.A.

p. SLC CGIL, FISTEL CISL, UILCOM UIL

p. le RSU

REGOLAMENTO DELL'ASSOCIAZIONE
"FONDO SOLIDARIETA' WINDTRE"
(in vigore da 1.1.2018)

<u>Art. 1 - Regolamento</u>	<u>2</u>
<u>Art. 2 - Beneficiari</u>	<u>2</u>
<u>Art. 3 - Adesione ed attestazione del diritto</u>	<u>3</u>
<u>Art. 4 - Calcolo e versamento della quota associativa</u>	<u>3</u>
<u>Art. 5 - Documenti e controlli</u>	<u>3</u>
<u>Art. 6 - Criteri di rimborso</u>	<u>4</u>
<u>Art. 7 - Modalità di rimborso</u>	<u>5</u>
<u>Art. 8 - Riservatezza</u>	<u>5</u>
<u>Art. 9 - Interventi straordinari</u>	<u>5</u>
<u>Art. 10 - Modifiche</u>	<u>6</u>
<u>Art. 11 - Malattia e infortunio</u>	<u>6</u>
<u>Art. 12 - Visite Specialistiche</u>	<u>7</u>
<u>Art. 13 - Diagnostica strumentale e di laboratorio</u>	<u>8</u>
<u>Art. 14 - Grandi interventi chirurgici</u>	<u>8</u>
<u>Art. 15 - Trasporto infermi</u>	<u>8</u>
<u>Art. 16 - Medicinali</u>	<u>9</u>
<u>Art. 17 - Terapie</u>	<u>10</u>
<u>Art. 18 - Assistenza infermieristica privata</u>	<u>11</u>
<u>Art. 19 - Cure odontostomatologiche e ortodontiche</u>	<u>11</u>
<u>Art. 20 - Intervallo temporale</u>	<u>12</u>
<u>Art. 21 - Cure termali</u>	<u>12</u>
<u>Art. 22 - Presidii e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento</u>	<u>12</u>
<u>Art. 23 - Apparecchi acustici</u>	<u>13</u>
<u>Art. 24 - Occhiali e lenti corneali</u>	<u>13</u>
<u>Art. 25 - Assistenza al parto</u>	<u>14</u>
<u>Art. 26 - Latte artificiale</u>	<u>14</u>
<u>Art. 27 - Trattamenti di riproduzione assistita</u>	<u>15</u>
<u>Art. 27 - Convenzioni</u>	<u>15</u>



CAPO 1 - NORME GENERALI

1. Regolamento

- 1.1. Il presente Regolamento disciplina le prestazioni dell'Associazione Fondo Solidarietà Wind Tre (di seguito FSWT), rese in conformità agli Accordi sindacali ed allo Statuto che la reggono.
- 1.2. La Tabella allegata, che è parte integrante del Regolamento, definisce la misura delle prestazioni.

2. Beneficiari

2.1. Hanno diritto alle prestazioni del FSWT:

- a) i soci beneficiari di cui all'art. 5.2 dello Statuto;
- b) i familiari componenti il nucleo familiare dei soci beneficiari di cui alla lettera a), esclusivamente secondo quanto di seguito indicato.

2.2. Sono considerati componenti il nucleo familiare del socio beneficiario di cui all'art. 5.2 lettere a), b) e c) (dipendente) dello Statuto:

- 1) il coniuge, sia convivente che separato (con diritto all'assegno alimentare)/il convivente di fatto (ex Legge 76/2016)/la persona civilmente unita, che risulti in possesso di un reddito complessivo assoggettabile ad IRPEF (al lordo degli oneri deducibili) non superiore a 6200 euro;
- 1 bis) il coniuge e gli altri soggetti indicati al punto 1), che precede, con un reddito complessivo superiore a quanto stabilito al punto 1 e non superiore a 25.000 euro. In tal caso l'adesione al FSWT del coniuge, su richiesta del socio beneficiario, avrà una durata minima di 24 mesi. Se viene richiesta la disdetta dell'adesione il coniuge non potrà più essere riammesso al FSWT, a meno che la disdetta sia conseguente al superamento del suddetto limite di reddito.
E' inoltre possibile la disdetta dell'adesione del coniuge, anche prima dei 24 mesi, in caso di separazione legale o divorzio (documentati) o in caso di perdita del posto di lavoro da parte dello stesso coniuge (documentata da lettera di licenziamento ovvero iscrizione nelle liste di disoccupazione);
- 2) i figli minori, anche non conviventi e dati in affidamento ai soci;
- 3) i figli anche non conviventi fino al compimento 21° anno di età, purché fiscalmente a carico, e fino al compimento del 26° anno di età, purché fiscalmente a carico e regolarmente iscritti ad un corso universitario che rilasci un titolo legale di studio;
- 4) i figli maggiorenni, anche non conviventi, inabili/invalidi al 100%, purché fiscalmente a carico;
- 5) i figli di cui ai punti 2), 3) e 4) conviventi con il coniuge separato;
- 6) i genitori conviventi che dimostrino di avere un reddito individuale complessivo inferiore ai limiti di cui al punto 1.

2.3. E' considerato componente il nucleo familiare del socio beneficiario di cui all'art. 5.2 lettera d) dello Statuto (pensionato) il coniuge convivente o il convivente di fatto (ex L. 76/2016), o la persona civilmente unita, che risulti in possesso di un reddito complessivo assoggettabile ad IRPEF (al lordo degli oneri deducibili) non superiore a 6200 euro.

2.4. Si precisa che per i familiari componenti il nucleo familiare del socio, il reddito di riferimento è quello dell'anno precedente risultante dal modello 730 o analogo.

2.5. I figli ed il coniuge superstiti dei soci beneficiari di cui all'art. 5.2 lettere a), b) e c)



dello Statuto (dipendente) già titolari delle prestazioni del FSWT, mantengono gratuitamente il diritto alle suddette prestazioni alle seguenti condizioni:

- a) che il reddito complessivo assoggettabile ad IRPEF (al lordo degli oneri deducibili) del coniuge superstite non sia superiore a 25.000 euro; qualora il reddito superi il suddetto limite il coniuge superstite avrà facoltà di aderire al FSWT secondo le modalità previste dall'art. 4 del presente Regolamento per il socio beneficiario di cui all'art. 5 lettera f) dello Statuto (pensionato);
 - b) che il coniuge superstite non contragga nuovo matrimonio.
- 2.6. Il Comitato Tecnico-Direttivo avrà cura di contattare i figli o il coniuge superstite per eventuale supporto.
 - 2.7. Il socio beneficiario o i familiari superstiti si impegnano a comunicare tempestivamente al FSWT il venire meno del diritto alle prestazioni e a restituire quanto indebitamente percepito a titolo di rimborso.

3. Adesione ed attestazione del diritto

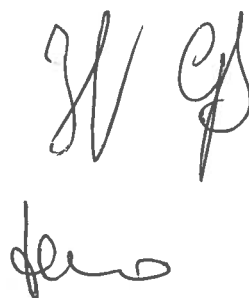
- 3.1. Le richieste di adesione per i familiari e per i soci beneficiari di cui all'art. 5.2 lettera d) dello Statuto (pensionati), così come quelle di disdetta (nei casi e tempi previsti), vanno compilate su apposito modulo ed inviate al FSWT unitamente all'idonea documentazione attestante la sussistenza dei requisiti di volta in volta considerati, con esclusione della mera autocertificazione. La suddetta documentazione, così come indicata nella modulistica, deve essere riprodotta annualmente (per i familiari in occasione della prima richiesta di rimborso inoltrata nell'anno, per i pensionati in occasione dell'adesione annuale).

4. Calcolo e Versamento della quota associativa

- 4.1. Per il socio beneficiario di cui all'art. 5.2, lettera d) dello Statuto (pensionato), la quota associativa annuale viene calcolata sul reddito risultante dal Modello CUD ultimo disponibile. Il versamento della quota annuale si effettua di norma in due rate, la prima entro il mese di gennaio e la seconda entro il mese di luglio dell'anno di riferimento.
- 4.2. La prima rata dovrà essere versata contestualmente all'adesione al FSWT e coprire il periodo che va dal mese di adesione fino alla scadenza del semestre in corso. Per il calcolo della quota e per i versamenti successivi vale quanto sopra esposto e quanto specificato nell'Accordo Sindacale e nello Statuto.
- 4.3. Gli importi dovuti dovranno essere versati sul conto corrente del FSWT, nei modi e nei tempi sopra definiti.
- 4.4. La mancata produzione della documentazione relativa alla dichiarazione dei redditi non permette la formalizzazione dell'adesione.
- 4.5. Eventuali necessarie variazioni dei termini possono essere definite dal Consiglio di Amministrazione.

5. Documenti e Controlli

- 5.1. Le prestazioni del FSWT che prevedono un rimborso di spese sostenute dal socio sono effettuate sulla base della documentazione richiesta.
Il FSWT, per il tramite delle strutture specializzate di cui si avvarrà, potrà richiedere, fino a 5 anni dall'effettuazione della prestazione, l'esibizione dei documenti in originale, laddove in prima istanza sia prevista la presentazione della documentazione in copia.
- 5.2. Ai fini del rimborso da parte del FSWT, i documenti suddetti devono contenere:



- a) data di emissione;
- b) relativamente all'emittente: nome e cognome, ovvero ditta, denominazione o ragione sociale, se trattasi di imprese, società o enti; residenza/domicilio o sede; codice fiscale o numero partita IVA; recapito telefonico;
- c) relativamente all'intestatario: nome e cognome, residenza;
- d) natura, qualità e quantità dei beni e dei servizi formanti l'oggetto della prestazione;
- e) corrispettivi ed altri dati necessari per la determinazione della base imponibile;
- f) aliquota ed ammontare dell'imposta.

- 5.3. Il Fondo potrà riservarsi di disporre verifiche sanitarie sul Socio Richiedente, anche preliminarmente al rimborso della prestazione medica. In tal caso, i Soci avranno l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti sanitari e di aderire alle relative convocazioni e/o di presentare la documentazione sanitaria richiesta.
- 5.4. Nel caso di prestazioni erogate all'estero, la documentazione rilasciata da un operatore sanitario straniero deve contenere, oltre alla denominazione, ragione sociale o qualità professionale dell'operatore in questione ed al corrispettivo pagato, l'espresso riferimento all'attività sanitaria esercitata dal soggetto che rilascia la documentazione ed alla prestazione effettuata.
- 5.5. In ogni caso, è necessario che il socio provveda ad allegare una traduzione in lingua italiana, da lui sottoscritta per garantirne la veridicità, di tutta la documentazione rilasciata in lingua straniera.
- 5.6. Documenti incompleti o che rechino cancellazioni o modifiche non saranno presi in considerazione.
- 5.7. Il socio, all'atto della presentazione di una richiesta di prestazione al FSMT per i familiari componenti il nucleo familiare, è tenuto a sottoscrivere una dichiarazione in fede attestante che il beneficiario rientra tra gli aventi diritto secondo quanto previsto al precedente art. 2.
- 5.8. Il socio è tenuto a fornire al FSMT, in aggiunta a quanto indicato all'art. 3, su richiesta di questo, ogni altra documentazione idonea a comprovare il diritto dei beneficiari da lui indicati.
- 5.9. Nei casi di assenza alla visita di controllo con il medico del Fondo, o nei casi di mancata esibizione della documentazione richiesta, il Fondo non procederà al rimborso delle prestazioni inoltrate. Qualora i controlli fossero successivi al rimborso della prestazione, il Fondo potrà riservarsi di sospendere il Socio dai rimborsi delle prestazioni sanitarie (incluse le prestazioni in favore dei familiari a carico) per un periodo di 6 mesi, fermo restando ogni altra valutazione del comitato tecnico direttivo. Pertanto, al termine del periodo di sospensione, il Socio non potrà richiedere (incluse le prestazioni in favore dei familiari a carico) il rimborso delle prestazioni effettuate nel suddetto periodo.

6. Criteri di rimborso

- 6.1. Sono rimborsabili esclusivamente le prestazioni (anche se parziali) previste dal presente Regolamento, previa presentazione della documentazione prevista dallo stesso; conseguentemente non è considerato rimborsabile tutto quanto non espressamente previsto.
- 6.2. Le richieste di rimborso debbono essere redatte sull'apposito modulo debitamente firmato e compilato in ogni sua parte e corredate da tutta la documentazione prevista dal presente Regolamento.
- 6.3. Le richieste di rimborso debbono essere mensili e raggruppare tutte le prestazioni del mese di riferimento; le stesse debbono pervenire alle apposite strutture entro la fine del mese successivo (es. tutte le prestazioni del mese di gennaio debbono essere

- raggruppate e debbono pervenire entro la fine del mese di febbraio).
- 6.4. Nel caso di fatture di acconto e di successiva fattura/e a saldo, le fatture debbono essere presentate assieme ed il termine massimo di un mese per la presentazione decorre dalla data della fattura a saldo.
 - 6.5. Tra la data della fattura d'acconto e quella della fattura a saldo non possono comunque trascorrere più di dodici mesi.
 - 6.6. Le richieste presentate oltre i termini sopraindicati non danno luogo ad alcun rimborso.
 - 6.7. In nessun caso l'IVA, il contributo Enpab o Inps, o altre imposte a qualsiasi titolo, eventualmente compresi nei documenti presentati per la richiesta di rimborso, sono considerati quale base di calcolo per gli interventi del FSWT.
 - 6.8. Nel caso di scontrini fiscali generici, l'acquisto del prodotto da parte del socio del FSWT dovrà risultare da apposita certificazione (contenente nome, cognome e codice fiscale del cliente e tipo di prodotto acquistato), rilasciata dal negoziante su sua carta intestata.
 - 6.9. Nel caso di cure prolungate (come ad esempio terapie fisiche, riabilitative, ecc..) le prescrizioni avranno validità un anno dalla data della prescrizione stessa.
 - 6.10. Il previsto contributo ASL o di qualsiasi altro Ente pubblico è sempre detratto dalle somme spese, per le quali il socio chiede il rimborso secondo le norme del Regolamento. Il socio è pertanto tenuto a comunicare al FSWT l'entità del rimborso, presentando adeguata documentazione.
 - 6.11. Il diritto al rimborso delle prestazioni decorre:
 - a) per il dipendente dall'assunzione;
 - b) per tutti gli altri aventi diritto dalla data del primo contributo versato.
 - 6.12. In caso di risoluzione del rapporto di lavoro, il rimborso delle eventuali spese riferite e sostenute in costanza del rapporto, deve essere richiesto entro i 30 giorni successivi alla cessazione dello stesso.
 - 6.13. Qualunque importo indebitamente o erroneamente ricevuto dovrà essere restituito, fatto salvo quanto disposto dall'art. 6 dello Statuto.

7. Modalità di rimborso

- 7.1. I rimborsi o i contributi per le spese sostenute dal socio sono erogati direttamente dal FSWT tramite bonifico bancario, di norma entro il secondo mese successivo a quello di presentazione della richiesta.
- 7.2. Al beneficiario sarà data comunicazione in merito al rimborso erogato.

8. Riservatezza



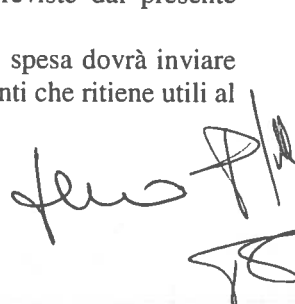


- 8.1. Qualsiasi notizia concernente lo stato di salute dei soci è strettamente riservata. Coloro che ne abbiano notizia per ragioni del proprio mandato sono tenuti al segreto.
- 8.2. Possono essere divulgate informazioni relative al FSWT solo in forma di relazione complessiva, ancorché riferita a singole prestazioni, o di dati statistici.

9. Interventi straordinari

- 9.1. Su richiesta anche preventiva del socio beneficiario, il Comitato Tecnico-Direttivo può, discrezionalmente, disporre interventi straordinari in casi individuali, per prestazioni sanitarie di carattere particolare (ad esempio ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici), nell'ambito delle forme di assistenza previste dal presente Regolamento.
- 9.2. Il socio beneficiario che richieda l'autorizzazione preventiva di spesa dovrà inviare domanda corredata dal preventivo dettagliato e da tutti i documenti che ritiene utili al



5



suo favorevole accoglimento. Il Comitato Tecnico-Direttivo (avvalendosi eventualmente del consulente medico del FSWT) esprimerà il suo parere rispondendo per iscritto al socio di norma entro 60 gg. lavorativi dall'arrivo della richiesta.

- 9.3. Nell'ambito della valutazione complessiva di un caso straordinario, la degenza di norma non viene presa in considerazione ai fini del rimborso discrezionale eventualmente concesso, salvo diversa decisione da parte del Comitato Tecnico Direttivo.
- 9.4. Le decisioni del Comitato Tecnico-Direttivo sono inappellabili e non costituiscono precedente.

10. Modifiche

10.1. Fermo restando quanto disposto dall'art. 23 dello Statuto, è facoltà del Consiglio di Amministrazione del FSWT, su proposta formulata, ai sensi dell'art. 17 lettera f) dello Statuto, da parte del Comitato Tecnico-Direttivo, procedere, non più di due volte all'anno (01.01-31.12), alla modifica delle percentuali di rimborso, dei massimali di spesa o dei tariffari adottati per le singole prestazioni, elencati nella Tabella allegata, nelle seguenti misure:

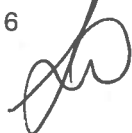
- fino ad un massimo del +/- 15% annuo per singola voce di spesa;
- in alternativa o contemporaneamente alle modifiche apportate con le modalità prima indicate, il Consiglio di Amministrazione ha facoltà di variare, non più di una volta all'anno, le periodicità previste in Tabella, con incrementi fino al doppio o riduzioni fino alla metà.

- 10.2. Le modifiche incrementali introdotte non possono, nell'arco dell'anno (01.01-31.12), portare ad una spesa complessiva aggiuntiva prevista superiore all'avanzo di gestione relativo all'esercizio chiuso al 31 dicembre dell'anno precedente.
- 10.3. Le modifiche introdotte non possono avere una durata superiore ad un anno (01.01-31.12), sempre che non vengano recepite da successive modifiche del Regolamento.

CAPO 2 - PRESTAZIONI

11. Malattia e infortunio

- 11.1. Il FSWT può intervenire nell'ambito della gestione straordinaria, secondo il disposto dell'art. 9 del presente Regolamento, quando vi è la cessazione totale della corresponsione della retribuzione e, in via eccezionale, quando vi è una parziale riduzione della retribuzione stessa.
- 11.2. Il FSWT interverrà comunque, in una misura che non potrà eccedere complessivamente l'85% della normale retribuzione mensile lorda, per i casi di quei dipendenti che siano sottoposti a trattamento di emodialisi, o affetti da morbo di Cooley o da neoplasie, nonché per le situazioni che per prospettive prognostiche siano assimilabili a quelle precedentemente indicate nel presente capoverso, sia nel caso di cessazione totale della corresponsione della retribuzione che nel caso di parziale riduzione della retribuzione stessa.
- 11.3. Nei casi di episodi morbosi significativi il FSWT potrà integrare quanto il lavoratore ha percepito mensilmente in base al disposto contrattuale, fino al raggiungimento del 75% della sua normale retribuzione mensile lorda.
- 11.4. Per poter usufruire dell'intervento il dipendente deve farne espressa richiesta, facendo pervenire al FSWT la documentazione, anche sanitaria, necessaria alla valutazione del caso.
- 11.5. La decisione sui singoli casi compete al Comitato Tecnico-Direttivo, anche sulla



base degli elementi acquisiti da parte del consulente medico del FSWT.

- 11.6. Gli interventi del FSWT dovranno in ogni caso tenere conto di tutte le prestazioni economiche erogate a qualsiasi titolo dagli Enti pubblici, di previdenza e assicurazione sociale, che dovranno essere dichiarate dal dipendente, e non potranno ad alcun titolo coprire gli effetti di sanzioni economiche disposte in forza di norme di legge o di contratto.

12. Visite specialistiche

- 12.1. Il FSWT rimborsa integralmente la spesa sostenuta per visite specialistiche eseguite in regime di convenzione ASL (ticket).
- 12.2. Le visite specialistiche non effettuate in regime di convenzione ASL sono rimborsate nei limiti e nei termini indicati nell'allegata Tabella.
- 12.3. Le visite specialistiche effettuate presso una struttura pubblica/privata in regime di "intramoenia" sono assimilate alle visite specialistiche private.
- 12.4. Sono assimilate alle visite specialistiche:
- 1) le visite effettuate da medici omeopati;
 - 2) le visite effettuate da medici specialisti dietologi e medici specialisti nutrizionisti (con esclusione quindi di naturopati, biologi e dietisti), limitatamente ai casi documentati di grave obesità, di scompensi cardiocircolatori e/o respiratori, di gravi dismetabolismi;
 - 3) le prestazioni di piccola chirurgia ambulatoriale connessa alle visite di alcune branche specialistiche, quali la dermatologia o la chirurgia generale.

E' inoltre prevista, previa certificazione del medico specialista ginecologo attestante la gravidanza, il rimborso di una visita ginecologica straordinaria, fino al massimale indicato in tabella.

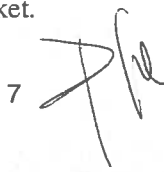
- 12.5. Per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale il medico dovrà specificare la loro denominazione.
- 12.6. Non vengono considerate visite specialistiche (e quindi non sono rimborsabili) quelle previste per il rilascio di certificati di qualsiasi natura (es. rinnovo patente, idoneità sportiva, ecc...), le prestazioni di medicina legale, l'applicazione di dispositivi contraccettivi (es. Iud), le prestazioni di medicina alternativa (es. ayurvedica, naturopatia, ecc...), le prestazioni eseguite da podologi.
- 12.7. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

per le visite specialistiche private:

- copia della fattura del medico da cui risultino nome e specializzazione dello stesso, il tipo di visita (es. visita specialistica cardiologica, oculistica ecc.) ed il relativo importo;
- in caso di fatture emesse da poliambulatori, case di cure, strutture e centri privati, il nome e la specializzazione del medico dovranno essere rilevati da idonea certificazione o documentazione a corredo rilasciata dalla medesima struttura o dal medico stesso (es. timbro, foglio di ricettario, ecc..).

per le visite specialistiche effettuate in regime di convenzione ASL:

- copia della ricevuta di pagamento ticket.



13. Diagnostica strumentale e di laboratorio

- 13.1. Il FSWT rimborsa integralmente la spesa sostenuta per prestazioni eseguite in regime di convenzione ASL (ticket).
- 13.2. Gli esami specialistici legati alla prevenzione ed al monitoraggio di patologie gravi (es. RMN, TAC, scintigrafie, ecodoppler, elettromiografie, mammografie, ecc.), gli esami endoscopici/invasivi (es. angiografie, arteriografie, coronarografie) ed ulteriori esami specialistici (es. radiografie, tomografie, ecografie, flussimetrie doppler ed assimilabili), non effettuati in regime di convenzione ASL, sono rimborsati nei limiti e nei termini indicati nell'allegata Tabella, a condizione che siano prescritti dal medico di base o da una struttura ASL (ad eccezione dei casi in cui gli esami siano effettuati contestualmente a visite specialistiche).
- 13.3. Le fatture per esami di laboratorio/mutuabili (sangue e/o urine) ove non sia riportata esplicitamente la dicitura ticket o dicitura equivalente, verranno rimborsate nei limiti previsti in tabella per la diagnostica privata.
- 13.4. Non rientrano fra le prestazioni rimborsabili i duplicati di CD in relazione a referti diagnostici, le copie di lastre, radiografie, ecc.
- 13.5. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

per gli esami effettuati privatamente:

- copia prescrizione del medico di base o specialista o di una struttura ASL;
- copia della fattura della prestazione

per gli esami effettuati in regime di convenzione ASL

- copia della ricevuta di pagamento del ticket.

14. Grandi interventi chirurgici

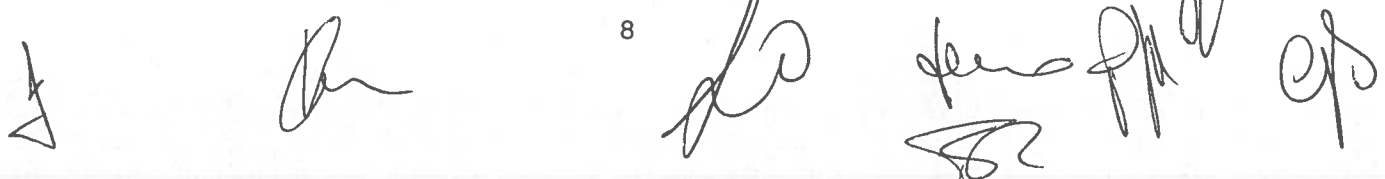
- 14.1. In caso di Grandi Interventi chirurgici (vedi Elenco allegato) effettuati presso strutture private il FSWT, senza necessità di verifica preventiva da parte del Comitato Tecnico-Direttivo, rimborsa nella misura indicata in Tabella gli importi relativi a onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria, ed il materiale di intervento.
- 14.2. Sotto espressa richiesta da parte del socio beneficiario il Comitato Tecnico-Direttivo valuterà per ogni singolo caso la possibilità di innalzare la percentuale di rimborso.
- 14.3. Non rientrano fra le prestazioni rimborsabili i duplicati di CD in relazione a referti diagnostici, le copie di lastre, radiografie e simili, come pure le copie delle cartelle cliniche.
- 14.4. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia delle fatture relative alle spese sopracitate.

15. Trasporto infermi

- 15.1. Il FSWT rimborsa la spesa sostenuta per il trasporto con autoambulanza o con altri mezzi di soccorso nei seguenti casi:

- 1) trasporto urgente per malattia o infortunio;
- 2) trasporto in caso di trasferimento di pazienti non altrimenti trasportabili, in città diverse da quelle di residenza per ragioni inerenti la malattia (consultori, ricoveri, terapie, ecc.);
- 3) nei casi di trasferimenti effettuati con altri mezzi di trasporto per consulti



specialistici o ricoveri ospedalieri a una distanza superiore a 50 Km dal luogo di residenza, il FSWT, su autorizzazione del Comitato Tecnico-Direttivo, potrà rimborsare il viaggio per il paziente e, nei casi particolari, per un accompagnatore.

15.2. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- nel caso di cui al punto 1, la documentazione delle spese sostenute e dell'eventuale certificato di ricovero o di Pronto Soccorso;
- nel caso di cui al punto 2, una relazione medica e la documentazione delle spese sostenute;
- nel caso di cui al punto 3, una relazione medica e i biglietti del viaggio A/R, l'importo dei quali costituirà il massimale rimborsabile qualora il viaggio venga effettuato con altri mezzi (allegare in questo caso valida documentazione, come ad esempio, i biglietti dell'autostrada, ecc.).

16. Medicinali

16.1. Limitatamente alle seguenti patologie:

- 1) che richiedono trattamento di emodialisi;
- 2) morbo di Cooley;
- 3) neoplasie.

16.2. Il FSWT rimborserà, nella misura prevista nella Tabella allegata al presente Regolamento, i medicinali ed i prodotti di medicina omeopatica prescritti da medici specialisti.

16.3. Il FSWT, limitatamente ai casi di ulteriori stati morbosi assimilabili per prospettive prognostiche a quelli sopra menzionati, previa istanza presentata dal socio beneficiario al Comitato Tecnico-Direttivo e dietro parere favorevole del Comitato medesimo, potrà contribuire alla spesa per i farmaci a totale carico dei beneficiari, nei casi in cui la stessa si sia rivelata particolarmente onerosa.

16.4. Il Comitato Tecnico-Direttivo deciderà anche sulla base degli elementi acquisiti dal consulente medico del FSWT.

16.5. Sono esclusi da qualsiasi forma di intervento i prodotti ed i farmaci da banco.

16.6. Il Fondo rimborsa inoltre le forniture di ossigeno per gravi scompensi cardiocircolatori, dietro presentazione di ricevuta e/o fattura.

16.7. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- attestazione di una delle patologie sopra elencate da parte di un medico specialista;
- prescrizione del medicinale da parte di un medico specialista;
- copia dello scontrino fiscale.

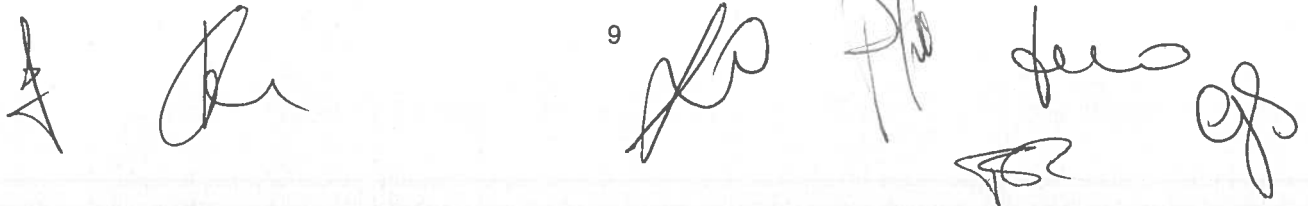
17. Terapie

17.1. Il FSWT rimborsa integralmente la spesa sostenuta per terapie eseguite in regime di convenzione ASL (ticket).

17.2. Le terapie non effettuate in regime di convenzione ASL sono rimborsate nei limiti e nei termini indicati nell'allegata Tabella, a condizione che siano prescritte da un medico specialista della branca attinente alla patologia da trattare.

17.3. Il rimborso delle terapie non effettuate in convenzione ASL avviene secondo due

9



regimi (A e B).

Terapie in regime A:

- 1) sedute ambulatoriali o domiciliari di chemioterapia parenterale o endoscopica antiblastica eseguite da clinici o chirurghi oncologi;
- 2) fisioterapie domiciliari limitatamente ai casi di traumatizzati gravi, esiti di ictus e malattie primitive dell'apparato muscolare;
- 3) cure logopediche per ragazzi sino a 14 anni, effettuate da personale abilitato, nei casi in cui i beneficiari non trovino adeguata assistenza nell'ambito della struttura pubblica.;
- 4) sedute di psicoterapia e di psicanalisi effettuate da psichiatri o neurologi oppure da psicologi iscritti all'Albo degli psicoterapeuti.

Terapie in regime B:

- 1) terapie fisiche e riabilitative per la cura di malattie acute e/o degenerative dell'apparato osteo-articolare e muscolare;
- 2) terapie desensibilizzanti per la cura di affezioni di natura allergica;
- 3) sedute di agopuntura effettuate da medici;
- 4) prestazioni di chiropratica (manipolazioni) per finalità antalgiche effettuate da medici;
- 5) infiltrazioni endoarticolari eseguite da medici per finalità antalgiche;
- 6) corsi di ginnastica rieducativa per la cura dei dismorfismi del rachide dei giovani fino a 18 anni (cifosi, scoliosi, ecc.);
- 7) cure ortottiche non attuabili nell'ambito delle struttura pubblica;
- 8) idrokinesiterapia (terapie riabilitative eseguite in acqua a scopo esclusivamente curativo, con esclusione ad esempio di sedute di nuoto, massaggi in acqua, acqua gym, ecc...).

17.4. Non rientrano fra le prestazioni rimborsabili gli abbonamenti a palestre/piscine, le vaccinazioni obbligatorie/non obbligatorie (es. antimeningite, ecc.), le terapie a carattere estetico (es. fototerapia, mesoterapia, ecc...) e più in generale le terapie non assimilabili a quelle previste dal SSN (es. pilates, ecc...)

17.5. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

per le terapie effettuate privatamente:

- copia della prescrizione del medico specialista con la diagnosi ed il numero delle sedute prescritte;
- copia di tutte le fatture relative al ciclo di terapia prescritto.

per le terapie effettuate in regime di convenzione ASL:

- copia della ricevuta di pagamento del ticket.

per le prestazioni di cui al punto 4 regime A (sedute di psicoterapia e di psicoanalisi):

10

- copia della prescrizione del medico di base o di una struttura ASL ovvero di un medico specialista;
- attestazione dell' iscrizione dello psicologo all'Albo degli psicoterapeuti (per prestazioni rese dallo psicologo);
- copia della fattura o della ricevuta di pagamento del ticket .

18. Assistenza infermieristica privata

- 18.1. Il FSWT rimborsa le spese per assistenza infermieristica privata fornita in forma diretta o per il tramite di organizzazioni di categoria, da personale dotato di diploma o titolo equipollente, relativamente a patologie particolarmente gravi, nelle quali si renda necessaria un'assistenza di almeno tre ore giornaliere consecutive da parte di personale paramedico.
- 18.2. Il rimborso si effettua sia per l'assistenza domiciliare che ospedaliera.
- 18.3. Fatto salvo il potere discrezionale del Comitato Tecnico-Direttivo, i quadri clinici di riferimento ed i periodi massimi assistibili, anche non continuativamente, per anno (1 gennaio – 31 dicembre) sono i seguenti:

1. Scompenso cardiocircolatorio (fasi acute)	720 ore
2. Forme di patologia neurologica e psichiatrica gravi (fasi acute)	2160 ore
3. Ictus cerebrale	2160 ore
4. Neoplasie maligne in fase terminale	2160 ore
5. Episodi acuti particolarmente gravi (decorsi post-chirurgici, politraumatizzati)	720 ore

18.4. In casi di particolare gravità può essere riconosciuto, da parte del Comitato Tecnico-Direttivo, il raddoppio dei periodi suddetti.

18.5. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della relazione medica dettagliata attestante le condizioni cliniche e le necessità di assistenza del paziente emessa dal medico di base o da una struttura ASL;
- copia della fattura della spesa sostenuta, con la precisazione delle ore di assistenza prestate.

19. Cure odontostomatologiche e ortodontiche

- 19.1. Il FSWT rimborsa integralmente la spesa sostenuta per cure odontostomatologiche ed ortodontiche eseguite in regime di convenzione ASL (ticket).
- 19.2. Le cure non effettuate in regime di convenzione ASL sono rimborsate nei limiti e nei termini di cui agli allegati Tabella e Tariffario.
- 19.3. Il rimborso delle spese per le suddette cure è soggetto ad un massimale annuo per nucleo familiare.
- 19.4. In caso di passaggio nello stesso anno solare di cura dall'apparecchio fisso all'apparecchio mobile o viceversa, il rimborso massimo erogabile non potrà essere superiore a quello previsto per l'apparecchio fisso.
- 19.5. Nel caso di rateizzazione del pagamento dei trattamenti ortodontici, le fatture di acconto dovranno essere inviate al FSWT entro il mese successivo a quello di emissione della fattura.
- 19.6. Condizione indispensabile per il rimborso è l'effettuazione delle cure da parte di medici dentisti o odontoiatri iscritti all'Albo (esclusi quindi igienisti dentali e

odontotecnici).

19.7 Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della fattura della spesa sostenuta o copia della ricevuta di pagamento del ticket con indicazione specifica della tipologia di intervento effettuata;
- ortopantomica e/o rx endorale eseguite pre e post cura, limitatamente alle prestazioni indicate nel Tariffario
- copia rilasciata dall'odontoiatra della certificazione di conformità del laboratorio odontotecnico che ha realizzato i manufatti prescritti dal medico odontoiatra curante, secondo quanto disposta dalla normativa comunitaria in materia (vd. Dir. 93/42/CEE) limitatamente alle prestazioni indicate nel Tariffario

20. Intervallo Temporale

20.1. A partire dal 1.1.2018 il rimborso delle cure odontoiatriche avverrà nel rispetto dei limiti temporali dettagliatamente indicati nell'allegato "Nomenclatura e Tariffario prestazioni odontoiatriche" per singola prestazione. Conseguentemente, l'intervallo temporale decorrerà a partire dalla data di fatturazione della prestazione specificatamente indicata nel documento di spesa.

20.2. Nei casi invece di trattamenti definitivi, il rimborso non sarà ripetibile per lo stesso elemento dentario, e quindi erogabile *una tantum*.

20.3. Sarà cura del Comitato Tecnico Direttivo valutare la gestione dei casi straordinari in deroga a quanto sopra disciplinato.

21. Cure termali

21.1. Il rimborso delle prestazioni eseguite in regime di convenzione ASL (ticket) è erogato in misura integrale.

21.2. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- per le cure termali copia della ricevuta di pagamento del ticket;

21.3. Non sono contemplate ai fini del rimborso spese per cure termali non eseguite in regime di convenzionamento.

22. Presidii e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento

22.1. Il FSWT rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio, su prescrizione del medico specialista, di presidii e tutori ortopedici, strumenti protesici e di contenimento. In particolare:

1. scarpe ortopediche a condizione che siano fornite da officine ortopediche specializzate, e con esclusione quindi di calzature fabbricate in serie;
2. tutori ortopedici del tipo di collari, ventriere, ginocchiere e cavigliere, grucce, prescritti nelle fasi post-chirurgiche o per traumatismi articolari;
3. spallacci di correzione per dorso, in casi di dismorfismi del rachide;
4. plantari per anomalie del carico;

5. cinti erniari, in casi di patologia non correggibile chirurgicamente;
6. calze elastiche, prescritte da angiologi nei decorsi post-chirurgici di varicectomia;
7. protesi mammarie in mastectomizzate;
8. protesi oculari nella misura eventualmente eccedente quella del rimborso previsto dal SSN (Legge 30 marzo 1971, n° 118);
9. noleggio o acquisto (solo in caso di certificata esigenza permanente o di lungo periodo) di lettini antidecubito, di carrozzelle, di bastoni canadesi, di apparecchi per fisioterapia.

22.2. Non beneficiano del contributo del FSWT i mezzi di protezione e/o contenimento acquistati per attività sportiva.

22.3. Potranno essere rimborsati di volta in volta, secondo la discrezionalità del Comitato Tecnico-Direttivo, spese relative a presidi e tutori ortopedici atti ad "accessoriare" mezzi di trasporto di grandi invalidi (carrozzelle), che non beneficiano per questo della copertura del SSN.

22.4. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della prescrizione del medico specialista;
- copia della fattura di acquisto e/o noleggio
- dichiarazione medica, o del laboratorio, che confermi che il presidio sanitario fornito è stato confezionato su misura, limitatamente ai casi in cui l'acquisto dei presidi sanitari sia fatturato direttamente dal medico specialista.

23. Apparecchi acustici

23.1. Il FSWT interviene sulla spesa per l'acquisto e/o la riparazione di apparecchi acustici eccedente il rimborso ASL ovvero sulla spesa totale, in caso di patologie non coperte da tutela ASL, qualora i suddetti apparecchi siano prescritti da un medico specialista.

23.2. Il rimborso è ripetibile con la periodicità prevista in Tabella.

23.3. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della prescrizione del medico specialista;
- copia della fattura di acquisto e/o riparazione.

24. Occhiali e lenti corneali – Interventi laser per riduzione miopia

24.1. Il FSWT rimborsa la spesa relativa all'acquisto di lenti correttive per vizi visivi, con i massimali previsti dal Tariffario allegato.

24.2. Occhiali

E' previsto il rimborso di lenti oftalmiche per tutti i vizi puri o complessi superiori o uguali a 0.50 diottrie per occhio.

E' previsto il rimborso delle lenti progressive o bifocali.

E' previsto il rimborso del trattamento antiriflesso nella misura indicata in Tabella, purché il vizio sia quello sopraindicato.

E' previsto il rimborso della montatura nella misura indicata in Tabella.

Non sono previsti rimborsi per occhiali prestampati e per spese accessorie (es. montaggio, astucci, ecc...)

Salvo variazioni documentate del visus, la frequenza del rimborso è la seguente:

- fino a 18 anni: una volta all'anno;
- oltre i 18 anni:
 - ogni 2 anni senza utilizzo contemporaneo di lenti a contatto
 - ogni 3 anni con utilizzo contemporaneo di lenti a contatto

Per periodicità annuale si intende anno civile (1.1-31.12).

24.3. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- Copia della prescrizione del medico oculista con l'indicazione della correzione visiva recante data non anteriore a 36 mesi rispetto alla data della fattura di acquisto occhiali;
- documentazione di spesa rilasciata dall'ottico con l'indicazione del tipo di lente correttiva acquistata come da prescrizione allegata e con l'indicazione separata del costo di montatura, lenti ed eventuale antiriflesso;
- copia della fattura di acquisto e/o riparazione.

24.4. **Lenti corneali (LAC)**

E' previsto il rimborso delle lenti corneali morbide, semirigide e rigide a partire da +/-1 diottria anche monolaterale nei limiti e nei termini indicati nell'allegata Tabella. Non è previsto il rimborso di soluzioni detergenti o liquidi.

24.5. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della prescrizione dello specialista oculista recante data non anteriore a 36 mesi rispetto alla data della fattura di acquisto di lac;
- copia della fattura dell'ottico nella quale sia indicato il costo e il tipo di LAC acquistate

24.6. **Interventi laser per riduzione della miopia**

E' previsto il rimborso degli interventi laser volti alla riduzione della miopia a partire da una correzione ottica di almeno +/- 3 diottrie, secondo i massimali previsti in tabella.

Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della prescrizione o relazione dello specialista oculista indicante le diottrie da correggere prima dell'intervento
- copia delle fatture relative all'intervento (esclusa la degenza)
- copia ricevuta di pagamento ticket qualora l'intervento sia eseguito in regime di convenzione col SSN.

25. **Assistenza al parto**

25.1. Il FSWT rimborsa per l'assistenza al parto da parte del ginecologo di fiducia l'importo fisso riportato in Tabella.

25.2. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della fattura del medico specialista ginecologo.

26. **Latte artificiale**

26.1. Il FSWT rimborsa le spese sostenute per l'acquisto del latte artificiale sino al compimento del 6° mese di età.

26.2. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

14

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. On the left, there is a stylized signature. In the center, there are two more signatures, one of which is more legible and appears to be 'A. B.'. On the right side, there are several more signatures, including one that looks like 'G. B.' and another that is very stylized. The page number '14' is printed in the center of this section.

- copia della prescrizione pediatrica che specifichi la necessità per il neonato di essere alimentato artificialmente indicando nome, cognome ed età del bambino;
- copia dello scontrino fiscale con la certificazione della spesa da parte del rivenditore; si accettano anche scontrini fiscali emessi all'estero purché documentati.

27. Trattamenti di riproduzione assistita

27.1. Il FSWT prevede il rimborso dei trattamenti di riproduzione assistita alla donna dipendente o beneficiaria assistita dal fondo, secondo i massimali previsti in tabella, fino ad un massimo di 3 tentativi.

27.2. Documentazione da presentare alle strutture amministrative:

- copia della relazione medica che indichi la necessità di eseguire tale intervento
- copia delle ricevute relative all'intervento (esclusa degenza)
- in caso di prestazione erogata dal SSN in regime di ticket, copia della ricevuta di pagamento.

28. Convenzioni

28.1. Il FSWT prevede la possibilità di convenzionamenti diretti o indiretti atti a favorire ulteriormente i beneficiari del Fondo.

28.2. Regime "A": prevedono un regime assistenziale di tipo "misto" consentendo al socio di avvalersi, non necessariamente in via esclusiva, di strutture sanitarie convenzionate che offriranno le singole prestazioni a costi concordati e non superiori a quelli previsti dalla Tabella Rimborsi.

28.3. Rimane confermata l'applicazione dei massimali annui previsti.

28.4. Regime "B": prevedono un cambio di regime assistenziale per cui, qualora il socio decida di avvalersi, per il periodo di tempo definito dalla convenzione stessa, esclusivamente della struttura sanitaria individuata dal FSWT, non dovrà sostenere alcun onere economico (il rapporto contrattuale intercorrerà tra il FSWT e la struttura convenzionata) né sarà soggetto ai massimali individuati dalla Tabella Rimborsi.

28.5. Le richieste di rimborso dovranno essere presentate con le modalità ordinarie, salvo i casi in cui il FSWT abbia definito un rapporto contrattuale diretto con la struttura convenzionata (in questa ipotesi il socio non dovrà sostenere alcuna anticipazione economica).

Allegati:

- A. TABELLA RIMBORSI**
- B. TARIFFARIO OCCHIALI**
- C. NOMENCLATURA E TARIFFARIO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**
- D. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**



Fondo Solidarietà Wind Tre
NOMENCLATURA - PERIODICITÀ E TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOLATRICHE
 (in vigore da 1.1.2018)

Allegato C

Nomenclatura

Periodicità

Massimale per singola prestazione

**** IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA**

• Visita odontoiatrica	Max 1/anno	€ 100,00
• Ablazione del tartaro	Max 1/anno	€ 57,00
• Levigatura delle radici (ogni 6 denti)	Rimborso non ripetibile prima di due anni	€ 38,00
• Placca di svincolo	Non ripetibile prima di due anni (Comprovata da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico)	€ 263,00
• Courettage gengivale (per 4 denti)	Rimborso non ripetibile prima di due anni	€ 105,00
• Gengivectomia (per 4 denti)	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 105,00
• Lembo gengivale (per 4 denti)	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 214,00
• Molaggio selettivo	Rimborso non ripetibile prima di un anno (Massimo 1 Seduta)	€ 24,00
• Legatura interdentale (per 4 denti)	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 96,00
• Membrana	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 238,00

**** CHIRURGIA**

• Estrazione semplice di dente o radice	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 57,00
• Estrazione complicata di dente o radice	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 72,00
• Estrazione semplice del terzo molare	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 72,00
• Estrazione del terzo molare in disodontiasi	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 96,00
• Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 119,00
• Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 150,00
• Apicectomia (cura canalare a parte)	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 110,00
• Interventi di piccola chirurgia orale	Rimborso non ripetibile sulla stessa arcata	€ 105,00
• Sedazione con assistenza specialistica		€ 240,00
• Membrana + innesto osseo (per 4 denti)		€ 238,00

**** CONSERVATIVA**

• Carie non penetrante	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento prima di 3 anni	€ 96,00
• Ricostruzione in composito	Rimborso non ripetibile prima di tre anni	€ 120,00
• Sigillatura di solchi (per dente)	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 29,00
• Trattamento chimico della ipersensibilità dentale e profilassi della carie dentale(ogni 2 denti)	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 143,00
• Carie penetrante in monoradicolare	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 191,00
• Carie penetrante in pluriradicolare	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 24,00
• Apificazione (da un minimo di 4 ad un massimo di 10 sedute) per seduta		

7

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**** ORTODONZIA**

• Ortodontografia	Rimborsabile massimo 2 volte l'anno	€ 48,00
• Correzione di anomalie occlusive con apparecchiature rimovibili o funzionali (Per Arcata) (Indicare se arcata superiore / inferiore / entrambe)	Rimborso per anno per massimo 3 anni anche non consecutivi	€ 381,00
• Correzione di anomalie occlusive con apparecchiature fisse (Per Arcata) (Indicare se arcata superiore / inferiore / entrambe)	Rimborso per anno per massimo 3 anni anche non consecutivi	€ 841,00

**** PROTESI FISSA**

• Corona fusa o elemento di protesi in lega preziosa con faccetta in resina	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 371,00
• Corona in ceramica o elemento di ponte in lega preziosa e ceramica	Rimborso non ripetibile prima di cinque anni	€ 452,00
• Perno moncone in lega aurea	Non ripetibile prima di cinque anni. (Comprovata da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico)	€ 143,00
• Corona o elemento in metallo non nobile e resina	Rimborso non ripetibile prima di un anno	€ 96,00
• Ribassamento protesi totale	Rimborso non ripetibile prima di un anno	€ 124,00
• Riparazione per frattura completa protesi totale	Rimborso non ripetibile prima di un anno	€ 76,00
• Riparazione faccetta in ceramica	Rimborso non ripetibile prima di due anni su elementi precedentemente protesizzati (Comprovata da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico)	€ 76,00
• Intarsio in oro o ceramica	Non ripetibile prima di due anni.	€ 238,00

**** PROTESI MOBILE**

• Protesi mobile parziale in resina di un solo elemento + ganci		€ 119,00
• Per ogni elemento in più		€ 53,00
• Protesi mobile totale per arcata con denti in resina		€ 856,00
• Protesi scheletrale mobile in cromo cobalto o metalli simili non nobili di 1 solo elemento con due ganci appoggio elastico o ritenzione		€ 438,00
• Per ogni elemento in più		€ 72,00

**** IMPLANTOLOGIA E VARIE**

• Impianti a vite metallici ricoperti da materiali bioinerti o impianti non metallici	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento con invio rx o foto prima e dopo la cura	€ 710,00
• Rialzo del seno mascellare	Rimborso non ripetibile sulla stessa emiarcata con invio rx o foto prima e dopo la cura	€ 480,00
• Innesco materiale biocompatibile	Rimborso non ripetibile sulla stessa emiarcata con invio rx o foto prima e dopo la cura	€ 160,00
• Dima per impianti	Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento	€ 80,00