



LA COPERTURA ASSISTENZIALE DEL PROFILO W-IN

PRESTAZIONI	PROFILO W-IN
ACCERTAMENTI CLINICI	Massimale: € 100,00 annui
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ORDINARI E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	Massimale: € 1.600,00 annui
CURE ODONTOIATRICHE Chirurgia orale, prestazioni di igiene orale e di paradontologia, terapie conservative e radiologia, protesi, ortodonzia, impiantologia	Massimale: € 1.000,00 annui
CURE ONCOLOGICHE Chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche, dialisi	Massimale: € 2.000,00 annui
PACCHETTO PREVENZIONE Dermatologico: visita specialistica e mappatura dei nei in epiluminescenza; ginecologico: visita specialistica, ricerca papilloma virus (HPV), eventuale tipizzazione HPV; oculistico: visita specialistica, misurazione acutezza visiva per lontano e vicino, tonometria, fondo dell'occhio, valutazione motilità oculare; urologico: visita specialistica, PSA, PSA free, ecografia transrettale	Massimale: € 150,00 annui
PACCHETTO MATERNITÀ Ecografie ostetriche e morfologiche; analisi cliniche e indagini genetiche (analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale etc.)	Massimale: € 400,00 annui per evento
TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE (a seguito di infortunio o ricovero)	Massimale: € 1.000,00 annui
VISITE SPECIALISTICHE	Massimale: € 200,00 annui
LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA	€ 50,00 annui
LTC - LONG TERM CARE In caso di perdita di autosufficienza nel compiere gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, andare in bagno, muoversi, spostarsi) per spese di carattere socio-assistenziale, a seguito di malattia o di infortunio	Corresponsione di una rendita vitalizia mensile di € 500,00
RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO	€ 70,00 rimborso forfettario giornaliero, max 30 giorni franchigia 2 giorni
RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	€ 50,00 rimborso forfettario giornaliero, max 30 giorni franchigia 2 giorni
ASSISTENZA IN EMERGENZA	Numero verde attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, dedicato ai soli iscritti CASAGIT
CASAGIT CARD (convenzioni a tariffe agevolate)	Convenzioni Casagit e Casagit Servizi

* Il rimborso delle spese viene effettuato in **forma indiretta, entro il limite dei massimali**, in base al **tariffario del Profilo**

ACCERTAMENTI CLINICI				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
TICKET ANALISI DI LABORATORIO (sangue, urine, feci)	100% della spesa		Fattura con indicazione del ticket pagato	
ANALISI DI LABORATORIO (sangue, urine, feci)	80% della spesa		Prescrizione medica	
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANGIOGRAFIA AORTA-ADDOMINALE	€ 596,00		Prescrizione medica	
ANGIOGRAFIA ARTERIE PERIFERICHE (VASI ILIACI FEMORALI POPLITEI TRONCHI TIBIALI)	€ 478,00		Prescrizione medica	
ANGIOGRAFIA DISTRETTO SOPRAAORTICO (CAROTIDI SUCCLAVIE VERTEBRALI E CIRC.INTRACR.)	€ 596,00		Prescrizione medica	
BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA (CON O SENZA BIOPSIA)	€ 218,00		Prescrizione medica	
CISTOSCOPIA (CON O SENZA BIOPSIA)	€ 203,00		Prescrizione medica	
COLPOSCOPIA	€ 45,00		Prescrizione medica se non effettuata in corso di visita specialistica	
ECO-CARDIO COLORDOPPLER	€ 80,00		Prescrizione medica	
ECOCARDIODOPPLER	€ 60,00		Prescrizione medica	
ECOCARDIOGRAFIA	€ 60,00		Prescrizione medica	
ECOGRAFIA	€ 50,00		Prescrizione medica	Indipendentemente dal numero di distretti
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 100,00		Prescrizione medica	
ECOGRAFIA PELVICA	€ 80,00		Prescrizione medica	
ECOTOMOGRAFIA VASCOLARE (DOPPLER - ECO COLOR DOPPLER)	€ 70,00		Prescrizione medica	
EEG MAPPING	€ 80,00		Prescrizione medica	
ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 24,00			
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER 24 ORE)	€ 102,00		Prescrizione medica	
ELETTROENCEFALOGRAMMA	€ 50,00		Prescrizione medica	
ELETTROMIOGRAFIA (EMG)	€ 55,00		Prescrizione medica	
ENDOSCOPIA ORL	€ 40,00		Prescrizione medica	
ESAME AUDIOMETRICO/VESTIBOLARE	€ 25,00		Prescrizione medica	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (CON O SENZA BIOPSIA)	€ 300,00		Prescrizione medica	
FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE	€ 108,00		Prescrizione medica	
HOLTER ENCEFALOGRAFICO	€ 130,00		Prescrizione medica	
INTERVENTO BIOPTICO (INCLUSO ESAME ISTOLOGICO)	€ 160,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI					
ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA (CON O SENZA BIOPSIA)	€	250,00		Prescrizione medica	
MAMMOGRAFIA	€	80,00		Prescrizione medica	
MINERALOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA (M.O.C.)	€	81,00		Prescrizione medica	
MONITORAGGIO PRESSIONE ARTERIOSA 24 ORE	€	88,00		Prescrizione medica	
PAP TEST	€	25,00		Prescrizione medica se non effettuata in corso di visita specialistica	
POLIFISIOGRAFIA DIURNA/NOTTURNA	€	112,00		Prescrizione medica	
POTENZIALI EVOCATIVI ACUSTICI	€	60,00		Prescrizione medica	
RADIOGRAFIA	€	50,00		Se effettuata privatamente: prescrizione medica	Indipendentemente dal numero di distretti
RETTOSIGMACOLONSCOPIA (RSCS) DIAGNOSTICA (CON O SENZA BIOPSIA)	€	300,00		Prescrizione medica	
STUDIO URODINAMICO	€	60,00		Prescrizione medica	
TEST ALLERGOLOGICI	€	50,00		Prescrizione medica	
TEST ERGOMETRICO	€	105,00		Prescrizione medica	
TICKET ACCERTAMENTI DI BASSA DIAGNOSTICA	€	50,00			Indipendentemente dal numero di distretti
TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA (OTC)	€	70,00		Prescrizione medica	
Specialistica Dermatologica					
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note	
TRATTAMENTO CHERATOSI SEBORROICHE O ATTINICHE	€	250,00	Max 1 volta all'anno	Prescrizione medica	
ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONI BENIGHE E CISTI	€	220,00		Prescrizione medica	
TRATTAMENTO O EXERESI DI LESIONI CUTANEE	€	125,00	Max 3 volte all'anno	Prescrizione medica	
Assistenza anestesiologicala e Mezzo di contrasto					
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note	
ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA IN CORSO DI TC-RMN	€	40,00		Prescrizione medica	
MEZZO DI CONTRASTO IN CORSO DI TC-RMN	€	50,00		Prescrizione medica	
Risonanza Magnetica Nucleare (RM)					
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note	
RM ADDOME COMPLETO	€	218,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50percento della tariffa
RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (VESCICA, PELVI MASCHILE E FEMMINILE)	€	218,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50percento della tariffa
RM ADDOME SUPERIORE O INFERIORE CON DEFECO RMN	€	294,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50percento della tariffa
RM ANGIO	€	230,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50percento della tariffa
RM APPARATO URINARIO - URORM	€	280,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50percento della tariffa

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Risonanza Magnetica Nucleare (RM)				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
RM ARTI, ARTICOLAZIONI O PARTI MOLLI	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM BACINO	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM CAVIGLIA E PIEDE	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM CEREBRALE E TRONCO ENCEFALICO	€ 180,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM COLANGIOGRAFIA	€ 218,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM COLLO (FARINGE, LARINGE, TIROIDE, PARATIROIDE E GHIANDOLE SALIVARI)	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM COLONNA VERTEBRALE (PER SEGMENTO) - SE PIÙ DI UN SEGMENTO SI APPLICA LA TARIFFA DEL TOTAL BODY	€ 182,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM CUORE	€ 182,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM GINOCCHIO E GAMBA	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM GOMITO E AVAMBRACCIO	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM IPOFISI E SELLE TURCICA	€ 182,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM MAMMARIA BILATERALE	€ 175,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM MAXILLO FACCIALE, ORBITE, ROCHE PETROSE, ORECCHIO	€ 182,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM MUSCOLO-SCHELETRICA	€ 182,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM POLSO E MANO	€ 168,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
RM TOTAL BODY	€ 364,00		Prescrizione medica	Per ogni ulteriore segmento: 50per cento della tariffa
Tomografica Computerizzata (TAC)				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
TC ADDOME COMPLETO	€ 135,00		Prescrizione medica	
TC ADDOME COMPLETO E TORACE	€ 160,00		Prescrizione medica	
TC ARTI, ARTICOLAZIONI O PARTI MOLLI	€ 100,00		Prescrizione medica	
TC BRONCOSCOPIA VIRTUALE	€ 245,00		Prescrizione medica	
TC COLLO	€ 100,00		Prescrizione medica	
TC COLONNA VERTEBRALE (PER SEGMENTO)	€ 115,00		Prescrizione medica	Se più di un segmento si applica la tariffa del tc total body

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Tomografica Computerizzata (TAC)				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
TC CORONARICA	€ 350,00		Prescrizione medica	
TC DENTAL SCAN: DUE ARCADE	€ 160,00		Prescrizione medica	
TC DENTAL SCAN: UNA ARCADE	€ 100,00		Prescrizione medica	
TC ENCEFALO	€ 115,00		Prescrizione medica	
TC ENDOSCOPICA VIRTUALE ADDOMINALE	€ 180,00		Prescrizione medica	
TC MAXILLO FACCIALE, ORBITE, ROCCE PETROSE, ORECCHIO	€ 115,00		Prescrizione medica	
TC TORACE	€ 115,00		Prescrizione medica	
TC TOTAL BODY	€ 260,00		Prescrizione medica	
TC UROGRAFIA	€ 168,00		Prescrizione medica	
ANGIO TC ADDOME COMPLETO	€ 170,00		Prescrizione medica	
ANGIO TC ADDOME COMPLETO E TORACE	€ 210,00		Prescrizione medica	
ANGIO TC DISTRETTI ESOCRANICI	€ 128,00		Prescrizione medica	
ANGIO TC DISTRETTI INTRACRANICI	€ 145,00		Prescrizione medica	
ANGIO TC TORACE	€ 145,00		Prescrizione medica	
ANGIO TC VASI PERIFERICI	€ 145,00		Prescrizione medica	
Scintigrafie e PET				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA (STUDI MULTIPLI DEL POOL EMATICO CARDIACO ALL'EQUILIBRIO, A RIPOSO E DURANTE STIMOLO - FISICO O FARMACOLOGICO - , STUDIO DEL MOVIMENTO DI PARETE E FRAZIONE DI EIEZIONE, ANALISI QUANTITATIVA)	€ 110,00		Prescrizione medica	
ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	€ 118,00		Prescrizione medica	
LINFOSCINTIGRAFIA PER RICERCA LINFONODO SENTINELLA	€ 98,00		Prescrizione medica	
MISURA DELLA CLEARANCE RENALE (GFR) CON CR51EDTA	€ 63,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA ALTRI DISTRETTI	€ 42,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	€ 107,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA CON LEUCOCITI MARCATI	€ 220,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	€ 114,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Scintigrafie e PET				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
SCINTIGRAFIA EPATICA O EPATO-BILIARE CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE ED INDICII FUNZIONALI	€ 85,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	€ 220,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	€ 200,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	€ 315,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONI NEOPLASTICHE CON INDICATORI POSITIVI O ANTICORPI MONOCLONALI	€ 682,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	€ 105,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE	€ 105,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	€ 40,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	€ 225,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA O POLIFASICA	€ 65,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA POLMONARE	€ 82,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	€ 154,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA RENALE	€ 58,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	€ 60,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE (STUDIO SEQUENZIALE DELLA FUNZIONE RENALE SENZA E CON PROVE FARMACOLOGICHE INCLUSO: MISURA FILTRATO GLOMERULARE O DELLA PORTATA PLASMATICA RENALE)	€ 110,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA SPLENICA O DEL MIDOLLO OSSEO	€ 110,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA SURRENALICA	€ 210,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA TIROIDEA (CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, TEST DA STIMOLO)	€ 65,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	€ 130,00		Prescrizione medica	
SCINTIGRAFIA TIROIDEA E PARATIROIDEA	€ 144,00		Prescrizione medica	
STUDIO DEL POOL EMATICO, CINETICA ERITROCITARIA PIASTRINE LEUCOCITI O DELLA FERROCINETICA	€ 168,00		Prescrizione medica	
STUDIO DEL TRATTO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE O INTESTINALE	€ 78,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA PET CEREBRALE, STUDIO QUALITATIVO	€ 690,00		Prescrizione medica	

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Scintigrafie e PET				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
TOMOSCINTIGRAFIA PET CEREBRALE, STUDIO QUANTITATIVO	€ 790,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA PET DISTRETTUALE (ADDOME, TORACE, PELVI) *PER DISTRETTO - SE PIÙ DI UN DISTRETTO SI APPLICA DELLA GLOBALE CORPOREA	€ 710,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA PET GLOBALE CORPOREA	€ 790,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA PET MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	€ 750,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA SPET CEREBRALE	€ 192,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA SPET DISTRETTUALE	€ 35,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA SPET MIOCARDICA (DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO)	€ 205,00		Prescrizione medica	
TOMOSCINTIGRAFIA SPET MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE (IN CORSO DI ESAME PLANARE CON INDICATORE DI LESIONE, CON UNICA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO)	€ 35,00		Prescrizione medica	
CURE ODONTOIATRICHE				
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	

CURE ODONTOIATRICHE				
Chirurgia e Parodontologia				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
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)	
INNESTO OSSEO (CON MATERIALE OSSEO AUTOLOGO, ETEROLOGO O SINTETICO), RIALZO DEL SENO MASCELLARE	€ 1.300,00	Concorso omnicomprensivo (membrane, lembo, sutura, etc) ad arcata e nel corso della vita. L'intervento deve essere finalizzato: 1 - riabilitazione implanto-protesica 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	

CURE ODONTOIATRICHE				
Chirurgia e Parodontologia				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
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, lembo a riposizione laterale, coronale, bipapillare, chirurgia mucogengivale: (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, lembo a riposizione laterale, coronale, bipapillare, chirurgia mucogengivale: (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	€ 65,00	Ad arcata		
BYTE-PLANE O PLACCA DI SVINCOLO	€ 180,00	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		
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	€ 720,00	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	€ 480,00	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	

CURE ODONTOIATRICHE				
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 A GIACCA IN PORCELLANA	€ 174,00	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 PORCELLANA O COMPOSITO	€ 300,00	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	€ 350,00	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 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 IN ZIRCONIO O CERAMICA INTEGRALE (solo incisivi superiori)	€ 400,00	Non ripetibile prima di 7 anni. Solo incisivi superiori	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico. Rx post-cura in caso di numero di corone superiori a 3.	Le corone in zirconio e/o ceramica integrale su elementi diversi dagli incisivi superiori saranno equiparate, ai fini della liquidazione, a LP e porcellana
CORONA PROVVISORIA PER ELEMENTO	€ 25,00			
FACCETTA IN COMPOSITO	€ 130,00	Non ripetibile prima di 7 anni. Solo incisivi superiori	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	

CURE ODONTOIATRICHE				
Protesi fisse				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
FACCETTA IN PORCELLANA	€ 228,00	Non ripetibile prima di 7 anni. Solo incisivi superiori	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
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	
Protesi Rimovibili				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
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		
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				
Protesi Rimovibili				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
OVERDENTURE CON ATTACCHI E/O CAPPETTE (AD ARCATA - IMPIANTI ESCLUSI)	€ 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.		
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.
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.

CURE ODONTOIATRICHE				
Protesi Rimovibili				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
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 PARZIALE	€ 55,00	Ad arcata. Massimo 2 volte all'anno	Dichiarazione di conformità comprensiva di scheda tecnica rilasciata dal laboratorio odontotecnico	
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	€ 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 BICANALARE	€ 110,00	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	€ 170,00	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			

Radiodagnostica odontoiatrica				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
FULL ENDORALE TRADIZIONALE	€ 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
FULL ENDORALE - DIGITALE/RVG	€ 25,00			
RADIOGRAFIA CARPALE E DETERMINAZIONE ETA' SCHELETRICA (POLSO)	€ 28,00			
RADIOGRAFIA PANORAMICA TRADIZIONALE	€ 35,00			In caso di mancato invio delle lastre, saranno considerate, ai fini della liquidazione, come digitale/rvg
RX PANORAMICA - DIGITALE/RVG	€ 25,00			
TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	€ 25,00			

CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE				
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

RICOVERI con INTERVENTO CHIRURGICO				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
RICOVERI CON INTEVENTO CHIRURGICO - RIMBORSO FORFETARIO GIORNALIERO	€ 70,00	Massimo 30 giorni con franchigia di 2 giorni	Cartella clinica	
RICOVERI SENZA INTEVENTO CHIRURGICO - RIMBORSO FORFETARIO GIORNALIERO	€ 50,00	Massimo 30 giorni con franchigia di 2 giorni	Cartella clinica	

TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE				
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				
Descrizione	Importo	Limiti	Documentazione	Note
VISITE SPECIALISTICHE	€ 65,00			Non sono ammesse a concorso le visite chiropratiche e osteopatiche, generiche, medico-legali, medico-sportive, odontoiatriche e ortodontiche, omeopatiche e psicologiche