



NOMENCLATORE TARIFFARIO

2025



Indice

INDICAZIONI GENERALI	>>	8
GLOSSARIO	>>	9
NOMENCLATORE-TARIFFARIO FASI 1.4.2025	>>	14
AVVERTENZE	>	14
SEZIONE A. - SERVIZIO MEDICO ONLINE 7/7 (ALLIANZ S.p.A)	>	20
SEZIONE B. - VISITE SPECIALISTICHE	>	20
SEZIONE C. - DEGENZE E PRESTAZIONI COMPLEMENTARI	>	21
Degenze	>	21
Rianimazione: prestazioni professionali di tipo rianimativo	>	24
SEZIONE D. - MATERIALI E MEDICINALI	>	24
SEZIONE E. - PRESIDI E PROTESI	>	25
SEZIONE F. - COSTI E COMPENSI PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI TRASFUSIONALI	>	27
Aferesi terapeutica	>	27
Prestazioni professionali	>	27
SEZIONE G. - USO SALE DEDICATE - USO SALA OPERATORIA - USO APPARECCHI SPECIALI IN SALA OPERATORIA - USO STRUMENTI AD ALTO COSTO	>	28
Uso sale dedicate	>	28
Uso sala operatoria in regime di ricovero notturno	>	28
Uso sala operatoria in regime di ricovero diurno (day surgery)	>	29
Uso strumenti ad alto costo della Struttura Sanitaria	>	30
SEZIONE H. - ASSISTENZA ÉQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA	>	31
SEZIONE I. - ONCOLOGIA MEDICA - CHEMIOTERAPIA	>	32
SEZIONE L. - MEDICINA IPERBARICA	>	33
SEZIONE M. - LITOTRIPSIA	>	34
Rene	>	34
Uretere	>	34
Fegato e vie biliari	>	34
SEZIONE N. - TERAPIE	>	34
Radioterapia	>	34
Trattamenti HIFU	>	38
Terapia antalgica	>	39
Terapie con radionuclidi	>	43
SEZIONE O. - INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO OPPURE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY)	>	44
Cardiochirurgia	>	45

Cardiologia interventistica	>	46
Chirurgia della mammella	>	48
Chirurgia della mano	>	50
Chirurgia del piede	>	52
Chirurgia dermatologica - Crioterapia - Laserterapia	>	54
Chirurgia generale	>	57
Interventi chirurgici minori	>	57
Collo	>	60
Esofago	>	61
Stomaco - Duodeno	>	62
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	>	64
Parete addominale	>	67
Peritoneo	>	69
Fegato e vie biliari	>	70
Pancreas - Milza	>	71
Chirurgia oro - maxillo - facciale	>	72
Chirurgia pediatrica	>	76
Chirurgia plastica ricostruttiva	>	78
Chirurgia toraco - polmonare	>	84
Chirurgia vascolare	>	88
Gastroenterologia (diagnostica - atti invasivi)	>	90
Ginecologia	>	93
Neurochirurgia	>	98
Oculistica	>	103
Orbita	>	104
Sopracciglio	>	105
Palpebre	>	105
Vie lacrimali	>	106
Congiuntiva	>	107
Cornea	>	108
Cristallino	>	109
Sclera	>	110
Operazione per glaucoma	>	111
Iride	>	112
Retina	>	112
Muscoli	>	113

Bulbo oculare	>	114
Trattamenti laser	>	114
Femtolaser (compreso materiali monouso)	>	115
Ortopedia e traumatologia	>	115
Bendaggi	>	116
Apparecchi gessati	>	116
Lussazioni e fratture	>	117
Interventi incruenti	>	118
Interventi cruenti	>	119
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici	>	126
Ostetricia	>	127
Otorinolaringoiatria	>	129
Orecchio	>	129
Naso e seni paranasali	>	132
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	>	134
Laringe e ipofaringe	>	135
Radiologia interventistica	>	137
Urologia	>	139
Piccoli interventi e diagnostica urologica	>	140
Endoscopia diagnostica	>	141
Endoscopia operativa	>	141
Urologia - Atti chirurgici	>	143
Rene	>	143
Uretere	>	144
Vescica	>	145
Prostata	>	147
Uretra	>	147
Apparato genitale maschile	>	148
SEZIONE P. - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	>	151
Analisi cliniche	>	151
Markers tumorali	>	182
Biologia molecolare	>	182
Test farmacogenetico	>	183
Citogenetica	>	183
Genetica molecolare	>	184
Esami cito/istologici/immunoistochimici	>	187

Esami citologici	>	188
Esami istologici/immunoistochimici	>	188
Prelievi	>	189
Cardiologia	>	190
Diagnostica per immagini	>	191
Angiografia	>	191
Ecografia	>	195
Mineralometria - Densitometria ossea	>	197
Radiologia tradizionale	>	197
Risonanza Magnetica Nucleare	>	203
Tomografia Assiale Computerizzata	>	204
Teletermografia - Termografia	>	207
Diagnostica vascolare	>	208
Ultrasonografia doppler - Ecodoppler - Ecocolordoppler	>	208
Medicina nucleare	>	209
Apparato circolatorio	>	209
Apparato digerente	>	210
Apparato emopoietico	>	210
Apparato osteo-articolare	>	211
Apparato respiratorio	>	211
Apparato urinario	>	211
Fegato - vie biliari - milza	>	212
Sistema nervoso centrale	>	212
Tiroide e paratiroide	>	212
Altri organi	>	213
Neurologia	>	213
Oculistica	>	215
Otorinolaringoiatria	>	217
Pneumologia	>	218
Test allergometrici/Allergologia	>	220
SEZIONE Q. - FISIOKINESITERAPIA	>	220
Terapie Manu Medica	>	222
Riabilitazione	>	223
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	>	224
Kinesiterapia (terapia di movimento)	>	225
Pacchetti Fisioterapici su base sintomatologica	>	226

SEZIONE R. - PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE	>	229
SEZIONE S. - TUTELE NON AUTOSUFFICIENZA	>	229
SEZIONE T. - CURE TERMALI	>	239
SEZIONE U. - TICKET	>	239
SEZIONE V. - PACCHETTI CHIRURGICI	>	240
Pacchetti Anca	>	240
Pacchetti Ginocchio	>	244
Pacchetti Ernia	>	248
Pacchetti Cataratta	>	248
Pacchetti Chirurgia refrattiva	>	249
Pacchetto Gastroenterologia	>	251
SEZIONE Z. - PREVENZIONE	>	252
SEZIONE - RIMBORSO LENTI (SOLO IN FORMA INDIRETTA)	>	253

INDICAZIONI GENERALI

Il **Nomenclatore-Tariffario** raccoglie tutte le prestazioni e i servizi riconosciuti dal Fondo e viene rinnovato periodicamente per tener conto della spinta all'**innovazione scientifica** e delle continue evoluzioni in ambito diagnostico - terapeutico e per rispondere prontamente all'evoluzione dei **bisogni di assistenza sanitaria degli Assistiti**.

Tutte le aree di intervento del Fondo sono di seguito elencate:



VISITE
SPECIALISTICHE



DEGENZE E
PRESTAZIONI
COMPLEMENTARI



INTERVENTI
CHIRURGICI



ACCERTAMENTI
DIAGNOSTICI



FISIOKINESITERAPIA



PRESTAZIONI
STOMATOLOGICHE
E ODONTOIATRICHE



PRESIDI
E PROTESI



ASSISTENZA
INFERMIERISTICA
DOMICILIARE



CURE TERMALI



TICKET SANITARI

e sono raggruppabili in tre ambiti: prevenzione, diagnosi e cura e non autosufficienza.

PREVENZIONE

Il Fondo offre a tutti gli Assistiti, appartenenti a specifiche **fasce di età e genere**, la possibilità di effettuare test di screening per la "**diagnosi precoce**" con formule a pacchetto. I Pacchetti Prevenzione sono completamente gratuiti e ne possono usufruire tutti gli Assistiti, compreso **il nucleo familiare**.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla sezione Z.

DIAGNOSI E CURA

L'assistenza può essere erogata in forma diretta presso le Strutture Sanitarie convenzionate con IWS SpA, o in forma indiretta presso la Struttura liberamente scelta dall'Assistito.

Sono più di 3000 i codici inseriti all'interno del Nomenclatore Tariffario Fasi e identificano le singole prestazioni sanitarie, da distinguersi in odontoiatriche e di medicina e chirurgia.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda alle sezioni dalla A alla Q e dalla T alla V.

TUTELE NON AUTOSUFFICIENZA

I Dirigenti, o il loro nucleo familiare, che si trovano in condizione di non autosufficienza, temporanea o permanente, possono usufruire di servizi e tutele senza alcuna integrazione contributiva.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla sezione S.

GLOSSARIO

- **ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA:** rimborso, da parte del Fondo direttamente alle Strutture Sanitarie in regime di convenzionamento (di seguito Strutture Sanitarie Convenzionate), delle spese dalle stesse anticipate per conto degli Iscritti, nei limiti delle tariffe massime esposte nel Nomenclatore – Tariffario. La forma diretta si realizza unicamente quando ad aver aderito alla convenzione sono sia la Struttura Sanitaria sia il medico-chirurgo-odontoiatra che, con la sua équipe, ha accettato l'accordo tramite la Struttura Sanitaria stessa, fermo restando i requisiti necessari da parte dell'Iscritto per accedere alla forma diretta. Una Struttura rientrante nel Network convenzionato è obbligata ad applicare la forma diretta a tutti gli assistiti Fasi per le prestazioni convenzionate ed erogate da professionisti che hanno aderito a predetto accordo.
- **ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA:** rimborso, da parte del Fasi, direttamente all'Iscritto, delle spese dallo stesso sostenute, nei limiti delle tariffe massime esposte nel Nomenclatore – Tariffario in vigore al momento della fatturazione a saldo. Si applica la forma indiretta quando si fruisce di prestazioni presso una Struttura Sanitaria non Convenzionata oppure, nel caso in cui, pur essendo la Struttura Sanitaria convenzionata, non è possibile applicare la forma diretta (ad esempio: problemi anagrafico/contributivi, prestazione per la quale non è prevista la forma diretta o, ancora, il medico/chirurgo non ha aderito alla convenzione).
- **ASSISTITO:** persona assistibile dal Fondo, secondo le condizioni previste dal Regolamento, rientrante nel nucleo familiare di un Iscritto principale, che rimane l'unico titolare del rapporto con il Fondo.
- **BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA:** la biologia molecolare studia e interpreta a livello molecolare i fenomeni biologici, considerando la struttura, le proprietà e le reazioni delle molecole chimiche di cui gli organismi viventi sono costituiti. La Biologia Molecolare Clinica è il settore disciplinare afferente alla Medicina di laboratorio che racchiude e contraddistingue l'insieme dei test che comportano la determinazione di DNA, RNA, proteine o metaboliti per rilevare i genotipi, le mutazioni o le variazioni biochimiche che consentono di identificare specifici stati di salute.
- **CARTELLA CLINICA:** rappresenta l'insieme della documentazione, redatta dal personale medico ed infermieristico, avallata dalla Direzione Sanitaria della Struttura Sanitaria presso cui si sono svolte le cure/ accertamenti medici, chirurgici, odontoiatrici e fisiokinesiterapici, completa di tutte le informazioni anagrafiche, cliniche (riferite e richieste) e delle attività diagnostico-terapeutiche svolte dal paziente durante l'intero periodo di durata della degenza (dal momento dell'ingresso e sino alla dimissione dal ricovero notturno o diurno);
- **CASA DI CURA PRIVATA PER ACUTI:** Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria per le malattie acute ed in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.
- **CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA PER ACUTI:** Struttura Sanitaria con posti letto, convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale per l'assistenza sanitaria per le malattie acute ed in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.
- **CERTIFICAZIONE DI CONFORMITÀ UE:** documento attestante che un prodotto/manufatto/dispositivo medico su misura rispetta le direttive UE e le norme in essa elencate sia in termini di materiali utilizzati sia di fasi procedurali per la realizzazione degli stessi.
- **CONSULTO:** visita specialistica effettuata da medico-chirurgo con specializzazione diversa da quella del medico curante durante un ricovero con degenza notturna o diurna, ovvero con specializzazione diversa rispetto a quella che ha determinato il ricovero, nei casi in cui il medico curante stesso lo ritenga necessario ed indispensabile.
- **COME FASE DI INTERVENTO:** si intende atto/procedura eseguita come fase di un atto/procedura principale per il quale nel computo economico viene riconosciuto l'importo specificato nel Tariffario sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

- **CURE TERMALI:** terapie fruite presso Stabilimenti Termali in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.
- **DAY HOSPITAL (D.H.):** modalità di erogazione delle prestazioni per la quale l'Assistito rimane presso la Struttura Sanitaria in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno e senza pernottamento.
- **DAY SURGERY (D.S.):** modalità di erogazione di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno o con pernottamento.
- **DEGENZA CON RICOVERO NOTTURNO (R.N.):** ricovero con pernottamento in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti a svolgere terapie mediche e chirurgiche.
- **DIARIO RIABILITATIVO/FISIOTERAPICO:** in caso di ricovero, documento inserito all'interno della cartella clinica dove vengono annotate data, orario e tipologia di prestazioni effettuate dal paziente durante la degenza, comprensivo delle note del terapeuta; in caso di terapie ambulatoriali, documento controfirmato dal paziente in cui vengono annotati gli accessi alla Struttura (le date) e la tipologia di prestazioni.
- **DOMICILIO:** luogo di abitazione dell'iscritto/assistito, anche temporaneo.
- **ESCLUSIONI:** elenco delle prestazioni escluse dalla compartecipazione del Fondo. Si ricorda che, oltre quanto esplicitamente esposto nelle esclusioni presenti all'interno delle Avvertenze del Nomenclatore – Tariffario in vigore, è da considerarsi non rimborsabile quanto non esplicitamente contemplato nel Nomenclatore stesso.
- **EXTRA - MOENIA (O EXTRAMURARIA):** attività libero professionale svolta da medici-chirurghi-odontoiatri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso Strutture Sanitarie private.
- **ETÀ COMPIUTA:** si intende il giorno del compimento dell'età.
- **INTERVENTO CONCOMITANTE:** si intende l'erogazione di una procedura eseguita nel medesimo tempo chirurgico di una procedura principale.
- **FATTURA DI ACCONTO:** documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria solo per una parte del corrispettivo finale quando le prestazioni non sono state completamente fruite dall'Assistito. Nell'ambito dei rapporti con il Fasi, una fattura di acconto deve essere sempre accompagnata e quindi inoltrata insieme ad una fattura di saldo parziale o di saldo (secondo il trimestre di competenza di quest'ultima secondo quanto indicato nel Regolamento). Una fattura di acconto a se stante non è rimborsabile dal Fondo.
- **FATTURA DI SALDO PARZIALE:** documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria per il pagamento della parte di prestazioni già fruite dall'iscritto/Assistito, quando altre prestazioni devono essere ancora effettuate. Nell'ambito dei rapporti con il Fasi, la fattura di saldo parziale deve essere inviata (insieme ad un eventuale acconto se presente) secondo il trimestre di competenza (nel rispetto di quanto indicato nel Regolamento) al quale si riferisce la sua data di rilascio. Si precisa che, benché una fattura riporti la dicitura “acconto” all'interno della descrizione, questa potrà essere considerata quale “saldo parziale” qualora sia rilevabile l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate/terminate.
- **FATTURA DI SALDO:** documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria quando l'intero corrispettivo è stato pagato e le prestazioni alle quali la fattura si riferisce sono state fruite. Nell'ambito dei rapporti con il Fasi, la fattura di saldo deve essere inviata nel rispetto delle tempistiche e delle condizioni previste nel Regolamento. In caso di precedenti fatture di acconto, queste dovranno essere citate all'interno della fattura a saldo.
- **FISIOKINESITERAPIE:** trattamenti/cure fisiche prescritte dal medico di fiducia (medico di famiglia e/o medico specialista competente per diagnosi) e fruite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate (vedi anche voce “Riabilitazione”). Trattandosi di “prestazioni sanitarie”, sono sempre esenti dall'IVA, indipendentemente dalla fatturazione, che può essere emessa da persone fisiche, società, cooperative, O.N.L.U.S. od altre organizzazioni. Le prestazioni Fisiokinesiterapiche sono “prestazioni sanitarie” svolte da medici-chirurghi con titolo di specializzazione in fisioterapia od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti. Si ricorda che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, massaggiatori e capobagnini degli stabilimenti idroterapici/termali etc.

- **INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili.
- **INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:** intervento chirurgico eseguito senza ricovero diurno (esclude quindi il riconoscimento del regime di Day Surgery) presso lo studio del medico-chirurgo o presso l'ambulatorio di una Struttura Sanitaria.
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** Un intervento chirurgico è una procedura in cui i medici eseguono un taglio nel corpo del paziente per trattare una malattia, un trauma o un altro problema di salute (fonte: Manuale MSD) in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate per eseguire terapie chirurgiche in Day Surgery o in forma di ricovero notturno.
- **INTRA-MOENIA (O INTRA-MURARIA):** attività libero-professionale svolta dai medici-chirurghi-odontoiatri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso Strutture Sanitarie pubbliche o private non accreditate.
- **ISCRITTO:** titolare dell'iscrizione Fasi
- **MALATTIA:** ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Deve essere comprovata da apposita certificazione medica in cui risulti la "diagnosi".
- **MANU MEDICA:** prestazioni sanitarie eseguite da laureati in medicina e chirurgia. Alcune prestazioni di fisioterapia, per essere riconosciute dal Fondo come rimborsabili, devono essere eseguite da medici in possesso di titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia e non da personale in possesso del diploma o laurea triennale in fisioterapia.
- **MEDICINA NUCLEARE:** specialità medica che utilizza i radioisotopi, nello studio delle funzioni eventualmente alterate degli organi, per la diagnosi e/o la cura di varie patologie.
- **MEDICO DI FIDUCIA O MEDICO CURANTE:** medico-chirurgo scelto dall'iscritto per le proprie cure ed in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica in una determinata area specialistica regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti.
- **MEDICO SPECIALISTA DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA:** medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione che svolge la propria opera professionale in qualità di dipendente del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso una Struttura Sanitaria pubblica (Policlinici Universitari, Ospedali, Istituti di ricerca e cura, AUSL, Consultori familiari ed altre Strutture Sanitarie pubbliche autorizzate).
- **NOMENCLATORE:** elenco delle prestazioni rimborsabili dal Fondo. Il Nomenclatore Fasi in vigore è esposto in modo analitico. Le prestazioni non presenti nel Nomenclatore del Fasi sono da intendersi come non rimborsabili dal Fondo. Le prestazioni inserite all'interno del Nomenclatore Fasi sono da intendersi, invece, come rimborsabili (per l'importo massimo e secondo eventuali limiti indicati per ogni singola prestazione), **esclusivamente alle condizioni esposte nel Nomenclatore stesso**, sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.
- **OSPEDALE:** Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata dalle autorità competenti. Gli Ospedali possono essere sia pubblici che privati.
- **PACCHETTI ACCERTAMENTI/TERAPIE:** insieme non scindibile di prestazioni (accertamenti e/o terapie) concorrenti alla medesima finalità sanitaria, propedeutiche o successive alla fruizione di interventi chirurgici a pacchetto, per le quali è previsto un rimborso forfettario.
- **PACCHETTO CHIRURGICO:** insieme di prestazioni concorrenti all'esecuzione dell'intervento chirurgico per le quali è previsto un rimborso forfettario e quindi onnicomprensivo di tutte le competenze (equipe medica, sala operatoria, eventuale permanenza nella Struttura, materiali, medicinali, eventuali protesi se prevista, analisi ed accertamenti intra-ricovero, eventuali trattamenti riabilitativi intra-ricovero se previsti). Le procedure a pacchetto prevedono un unico importo di rimborso indipendentemente se fruiti in forma diretta o indiretta ed indipendentemente dalla tecnica utilizzata per l'esecuzione dello stesso.
- **PACCHETTI DI PREVENZIONE:** insieme di prestazioni e/o accertamenti non scindibili, utili a prevenire o diagnosticare precocemente la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie e quindi il verificarsi di danni anche irreversibili quando la patologia è in atto, per le quali è previsto un rimborso forfettario.
- **PER SEDUTA:** si intende nell'ambito del medesimo accesso alla Struttura/sessione di terapia/cure, indipendentemente dal numero di prestazioni effettuate.
- **POLIAMBULATORIO:** Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata dalle autorità competenti per svolgere, ambulatorialmente, accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche e/o interventi chirurgici e/o terapie mediche.

- **POLICLINICO UNIVERSITARIO:** Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata dalle autorità competenti, nella quale si esegue anche la didattica. I Policlinici Universitari possono essere sia pubblici che privati.
- **PRESTAZIONI SOGGETTE A LIMITI:** prestazioni contemplate all'interno del Nomenclatore – Tariffario Fasi, per il quale il Fondo ha previsto dei limiti amministrativi di rimborsabilità. I limiti possono essere temporali (esempio: rimborso ripetibile 1 volta l'anno), quantitativi (esempio: rimborsabili al massimo 10 prestazioni), di età (esempio: rimborsabile da 0 a 3 anni), di sesso (uomo o donna), di parte corpo (es. occhio destro, gamba sinistra, elemento dentario).
- **PRESTAZIONI ESEGUIBILI AMBULATORIALMENTE:** prestazioni che sono eseguite in regime ambulatoriale, la cui approvazione in regime di ricovero (qualsiasi) da parte del Fondo, qualora richiesto, sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano valenza di criticità per la salute stessa del paziente.
- **RETTA DI DEGENZA PER RIABILITAZIONE:** retta di degenza riconosciuta limitatamente ai ricoveri in regime notturno, per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico.
- **RIABILITAZIONE:** terapie per ridurre apparati del corpo lesi da infortuni e/o malattie, al fine di renderli nuovamente funzionali per le normali attività; possono essere eseguite ambulatorialmente nelle Strutture Sanitarie autorizzate per fisiokinesiterapia e riabilitazione, oppure ancora, in particolari casi presso il domicilio del paziente (vedi anche voce "Fisiokinesiterapie").
- **RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA PER PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE ACUTE E CRONICHE:** terapie volte, nel caso di danno neurologico invalidante, al recupero di capacità funzionali motorie o neuromotorie recentemente ridotte e/o perse per malattia o traumi e/o per patologie croniche degenerative (ictus cerebrale, morbo di Parkinson, sclerosi multipla ecc).
- **RICOVERO:** permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in day hospital o day surgery, resa necessaria da infortunio o malattia.
- **R.S.A. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI:** presidi che offrono a soggetti non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome.
- **SEDUTA:** Incontro che si svolge in un ambiente medico (studio, ambulatorio, reparto) tra un professionista sanitario e un paziente, per consultazioni, o anche cure, interventi terapeutici di vario tipo. Si intende dunque l'ambito del medesimo accesso alla struttura/sessione di terapia/cure.
- **SEDUTA DI PSICOTERAPIA:** incontro che si svolge in un ambiente medico (studio, ambulatorio, reparto) tra un professionista specializzato in psichiatria o psicologia clinica oppure da psicologi o psicoterapeuti (regolarmente iscritti ai rispettivi ordini) e un paziente al fine di intraprendere un percorso/processo terapeutico fondato su interventi psicologici strutturati.
- **STESSA SEDUTA/NEL CORSO DELLA STESSA SEDUTA:** si intende l'arco di tempo necessario per lo svolgimento di uno o più atti medici contemporanei.
- **TARIFFARIO:** esposizione degli importi massimi rimborsabili dal Fondo e degli eventuali limiti di riconoscimento delle prestazioni, sia in forma diretta che in forma indiretta, per ciascuna prestazione prevista dal Nomenclatore Fasi (riconoscibili alle condizioni esposte dal Nomenclatore – Tariffario stesso nei limiti della spesa effettivamente sostenuta), ove ogni tariffa esposta ha il significato di "fino ad €."
- **TERAPIA OCCUPAZIONALE :** terapia volta al recupero o mantenimento delle competenze necessarie allo svolgimento della vita quotidiana su soggetti affetti da disabilità cognitive, fisiche e psichiche preesistenti. La terapia deve essere erogata da professionisti regolarmente iscritti all'Albo.
- **TICKET:** quota di spettanza del cittadino come partecipazione alla spesa per visite specialistiche, esami diagnostici, terapie, etc., eseguiti presso Strutture Sanitarie pubbliche o presso Strutture Sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale. Si ricorda che il Ticket è una voce di spesa diversa dalla Quota fissa Finanziaria 2011 e Contributo Fisso Aggiuntivo Quota ricetta. I cittadini sono esenti dal pagamento del ticket se rientrano in alcune fasce di età, se affetti da determinate patologie o per reddito.
- **TRATTAMENTO COMPLETO:** si intende atto/procedura comprensiva di tutte le fasi/atti chirurgici che si necessita di eseguire al fine di completare il trattamento.
- **UNICA SEDUTA:** le prestazioni (anche più di una) vengono eseguite in un unico accesso/seduta indipendentemente dal numero e/o localizzazione (parte corpo) e dal numero di asportazioni e la tariffa deve ritenersi comprensiva di tutte le competenze e fasi procedurali.
- **VISITA MEDICA GENETICA (GENETICA CLINICA):** visita specialistica effettuata da medico – chirurgo specializzato in genetica medica.

- **VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE:** prima visita effettuata da medico-chirurgo, in possesso del titolo di specializzazione regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti, per diagnosticare e/o prescrivere terapie nell'ambito della propria specializzazione.
- **VISITA SPECIALISTICA (AMBULATORIALE/DOMICILIARE/IN CORSO DI RICOVERO) DI CONTROLLO E/O SUCCESSIVA ALLA PRIMA VISITA:** visita effettuata in un tempo successivo dal medesimo medico-chirurgo specialista, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita, per controllo/aggiornamento/rivalutazione/modifiche terapie/prescrizioni/valutazione esiti esami/accertamenti.
- **VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA/ VISITA SPECIALISTICA ODONTOSTOMATOLOGICA:** La differenza intercorrente tra le due è data dal percorso degli studi effettuato ma, ambedue si occupano di studio e cura di denti e di tutto il cavo orale, tessuti molli, lingua ecc. Il Nomenclatore – Tariffario odontoiatria cita testualmente “Prestazioni Odontostomatologiche” ed esclude la compartecipazione alla spesa per la visita specialistica.
- **VISITA SPECIALISTICA RADIOTERAPICA PRE TRATTAMENTO:** visita medica effettuata da specialista in radioterapia eseguita prima di cominciare un ciclo di trattamenti radioterapici ed atta all'individuazione della terapia più idonea per la specifica patologia.
- **VISITA SPECIALISTICA RADIOTERAPICA DI RIVALUTAZIONE:** visita medica effettuata da specialista in radioterapia eseguita dopo il completamento del trattamento e/o nelle fasi intermedie al fine di valutare la situazione clinica del paziente e gli eventuali effetti collaterali derivanti dal trattamento stesso.
- **VISITA SPECIALISTICA IN FASE DI RICOVERO:** visita effettuata dal medico curante e/o dalla sua équipe durante una terapia medica o chirurgica in favore di un Assistito ricoverato.

NOMENCLATORE-TARIFFARIO FASI 1.4.2025

AVVERTENZE

Le **Avvertenze**, così come le **Premesse Specifiche di Brancha**, costituiscono parte integrante del **Nomenclatore-Tariffario**, in quanto forniscono, per alcune tipologie di prestazioni, le indicazioni ed i requisiti per il corretto inoltro dei rimborsi in forma “diretta” e “indiretta”.

Il Nomenclatore-Tariffario riporta l’elenco delle prestazioni di Medicina e Chirurgia previste dal Fasi ed identificate tramite un codice progressivo e la relativa descrizione. Tale elenco è soggetto a periodici aggiornamenti, in linea con l’evoluzione delle branche medico-chirurgiche.

Il Nomenclatore-Tariffario è suddiviso in ventuno Sezioni di seguito indicate:

- SEZIONE A – Servizio medico online 7/7 (Allianz S.p.A);
- SEZIONE B – Visite specialistiche;
- SEZIONE C – Degenze e prestazioni complementari- SEZIONE D – Materiali e medicinali;
- SEZIONE E – Presidi e protesi;
- SEZIONE F – Prestazioni trasfusionali;
- SEZIONE G – Uso sala operatoria e strumenti ad alto costo;
- SEZIONE H – Assistenza medica in reparti di medicina;
- SEZIONE I – Oncologia medica;
- SEZIONE L – Medicina iperbarica;
- SEZIONE M – Litotripsia;
- SEZIONE N – Terapie oncologiche;
- SEZIONE O – Interventi chirurgici;
- SEZIONE P – Accertamenti diagnostici;
- SEZIONE Q – Fisiokinesiterapia;
- SEZIONE R – Odontostomatologia (rif. Nomenclatore-Tariffario Odontoiatrico);
- SEZIONE S – Tutele non autosufficienza;
- SEZIONE T – Cure termali;
- SEZIONE U – Ticket;
- SEZIONE V – Pacchetti chirurgici;
- SEZIONE Z - Prevenzione;
- SEZIONE – Rimborso Lenti (solo in forma indiretta)

In alcuni casi, le **Sezioni** possono essere precedute da **Premesse Specifiche di Brancha**, che forniscono ulteriori chiarimenti e regolano anch’esse l’accesso al rimborso delle prestazioni.

Il Fasi rimborsa, solo in modalità “diretta”, prestazioni di Prevenzione riportate all’interno del Nomenclatore-Tariffario e/o consultabili sul sito del Fasi (www.fasi.it).

Le voci non presenti nel Nomenclatore-Tariffario sono da considerarsi come non rimborsabili (indipendentemente se le prestazioni siano fruite in forma diretta o indiretta), fermo restando che, in virtù di quanto sopra indicato, il Fondo si riserva di valutarne la rimborsabilità e l’eventuale inserimento nelle successive edizioni.

Non sono ammesse autonome codifiche per similitudine delle prestazioni/cure effettuate.

L'invio delle richieste di rimborso, sia per gli Assistiti e che per le Strutture Sanitarie, avviene tramite la procedura online che offre la possibilità di trasmettere digitalmente la documentazione sanitaria e di spesa utilizzando le credenziali di accesso alla propria Area Riservata.

Per coloro che non hanno accesso ai canali digitali, il Fasi continua, in via residuale, ad accettare le richieste di rimborso di prestazioni ricevute tramite i tradizionali canali postali.

Le fatture di acconto devono sempre essere presentate unitamente alle fatture di saldo/saldo parziale, la cui data di emissione determina il trimestre di competenza, nonché il termine entro il quale la richiesta di prestazioni deve essere obbligatoriamente inviata al Fasi per il previsto rimborso.

La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti entro i termini previsti dal Regolamento (www.fasi.it), dietro presentazione della documentazione di spesa, avverrà esclusivamente sulla base delle voci e con i criteri riportati nel Nomenclatore - Tariffario Fasi in vigore.

Prestazioni odontoiatriche

Per il rimborso delle prestazioni odontoiatriche, si rimanda al **Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria (Guida verde)** in cui vengono espone le regole ed i termini di accesso per tali prestazioni. Nel caso di prestazioni odontoiatriche eseguite in regime di ricovero (notturno o diurno) con anestesia generale, in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate dalle autorità competenti, non dovrà essere istruita la pratica odontoiatrica secondo le procedure indicate nella guida suddetta ma, dovrà essere inoltrata tutta la documentazione necessaria secondo l'iter previsto per i ricoveri.

Le tariffe massime di rimborso di riferimento, per le singole prestazioni odontoiatriche, saranno quelle espone nel Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria (di colore verde) vigente nell'anno di emissione della fattura di saldo e le stesse concorreranno alla valorizzazione delle altre voci (sala operatoria ecc.).

Il rimborso delle prestazioni odontoiatriche avverrà comunque nei limiti economici e temporali previsti dal Nomenclatore - Tariffario odontoiatria in vigore.

L'anestesia generale per prestazioni odontostomatologiche (indipendentemente dalla fascia di età - comprensiva dell'assistenza anestesilogica e dei farmaci/medicinali) è rimborsabile esclusivamente se eseguita in corso di ricovero, secondo il Nomenclatore - Tariffario odontoiatria in vigore, dove sono previsti appositi codici. Si ricorda che l'anestesia generale non è assimilabile alla sedazione profonda, alla sedazione cosciente all'anestesia loco-regionale. La Sedazione cosciente è riconosciuta, limitatamente all'utilizzo del protossido, esclusivamente per prestazioni odontoiatriche e secondo limiti quantitativi e di età specificati nel Nomenclatore - Tariffario odontoiatria in vigore.

Per tutte le altre casistiche, l'anestesia è compresa nelle tariffe di rimborso massime previste dalle singole procedure.

Si specifica che, poiché le prestazioni odontoiatriche possono essere eseguite ambulatorialmente (studio/presidio/servizio odontoiatrico autorizzato per l'odontoiatria e protesi dentaria), oltre quanto previsto come "obblighi" per le singole prestazioni odontoiatriche (documentazione pre e post cure, eventuale certificazione ecc.), dovrà essere allegata alla richiesta di rimborso, la copia della cartella clinica dalla quale si potranno rilevare tutte le prestazioni odontoiatriche eseguite (tipologia e sede nominale ed anatomica) ed il quadro sistemico critico per la salute del paziente che ha reso necessaria l'esecuzione delle prestazioni in regime di ricovero (qualsiasi tipologia). In tal caso, i medicinali e i materiali sanitari (ambidue ed indipendentemente se utilizzati in sala operatoria e/o in degenza) e l'anestesia di qualsiasi tipo (diversa dall'anestesia generale) si intendono compresi all'interno delle tariffe di rimborso massime previste dalle singole voci.

Prestazioni di ricovero (documentazione clinica)

Per il rimborso dei ricoveri con degenza notturna e diurna, con o senza intervento chirurgico, è indispensabile trasmettere la copia completa della relativa cartella clinica, possibilmente in formato digitalizzato.

La cartella clinica dovrà riportare al suo interno la documentazione relativa alle consulenze specialistiche diverse da quella dell'équipe medico-chirurgica curante, comprendente il quesito diagnostico per il quale sono state richieste e la relativa relazione medica/referto dello specialista interpellato.

Qualora la documentazione non risultasse leggibile, il Fasi si riserva di richiedere la trascrizione della cartella

clinica.

In caso di ricovero (qualsiasi tipologia) finalizzato all'esecuzione di esami/accertamenti/interventi di norma eseguibili ambulatorialmente (indipendentemente se eseguiti con eventuale sedazione profonda), ai fini del rimborso della prestazione, la cartella clinica dovrà documentare il quadro clinico dell'Assistito che lo ha reso necessario. Il Fondo ne valuterà la congruità riservandosi di ammettere o meno il rimborso corrispondente al tipo di ricovero richiesto.

In caso di ricovero per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico (codice 30033), o comunque nei casi di ricovero in cui si siano effettuate prestazioni fisiokinesiterapiche e riabilitative, è indispensabile che la cartella clinica sia completa anche del **diario giornaliero delle terapie dal quale sia rilevabile l'effettivo numero e tipo di prestazioni effettuate**.

Per i ricoveri riabilitativi diversi da quelli post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico (al di cui codice specifico 30033) è riconosciuto unicamente il codice 5 e, anche in tale caso, è necessaria copia della cartella clinica completa del diario giornaliero fisioterapico.

In caso di ricovero chirurgico la cartella clinica deve contenere registro e/o verbale di sala operatoria da cui risulti il tipo di intervento eseguito e, dove presenti ed utilizzati, eventuali riferimenti a strumentazione di alto costo (es. chirurgia robotica, chirurgia con navigazione GPS).

Prestazioni non rimborsabili

Il Fasi non rimborsa:

- prestazioni non riconosciute dal Nomenclatore-Tariffario in vigore;
- prestazioni riconosciute dal Nomenclatore-Tariffario, la cui documentazione sanitaria sia stata inviata oltre i termini previsti dal Regolamento.

In particolare, si ricorda che non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa, da parte del Fondo, per: visite odontoiatriche/odontostomatologiche; visite senologiche ad eccezione delle visite chirurgiche effettuate da specialista e propedeutiche ad intervento chirurgico per patologia documentata (sono esclusi gli interventi con finalità estetiche); visite radiologiche (diverse dalle visite radioterapiche); visite di medicina nucleare; visite di medicina aerospaziale; visite di idrologia medica; le visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia oltre quanto previsto, nei casi e nei limiti previsti; prestazioni erogate da guardia medica e guardia turistica; visite effettuate dal medico di medicina dello sport finalizzate al rilascio di certificazioni; per prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni (oltre quanto espressamente previsto come ticket in età pediatrica e/o dai pacchetti prevenzione previsti dal Fasi), le medicazioni; medicinali e/o sostanze usate per gli esami allergologici; atti chirurgici e/o terapie mediche connessi a infertilità e/o sterilità maschile o femminile e terapie, atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigidity femminile e/o a queste riconducibili, tutte oltre quanto specificatamente previsto; emodialisi; esami termografici oltre quanto specificatamente previsto; fisiokinesiterapia/terapie fisiche oltre 80 prestazioni l'anno salvo particolari autorizzazioni da parte del Fasi per gravi quadri sintomatologici o patologie (vedere la sezione Fisiokinesiterapia), iniezioni sclerosanti oltre quanto previsto e limitatamente a questo; prestazioni di medicina del lavoro e/o a queste riconducibili; check-up (e/o prestazioni a questi riconducibili indipendentemente dalla presenza di eventuali prescrizioni) indipendentemente dalla tipologia e/o motivazione; prestazioni di medicina legale; prestazioni di medicina preventiva salvo i casi previsti dal Fondo in forma diretta; prestazioni/accertamenti/procedure di medicina predittiva e/o a queste riconducibili (es. analisi metaboliche e similari); prestazioni di medicina omeopatica e/o alternativa e/o sperimentale; osteopatia; visite per certificazioni mediche e/o visite per patente e/o per idoneità (qualsiasi tipologia); qualsiasi tipo di cure e/o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura (salvo quanto espressamente previsto dal Nomenclatore-Tariffario in vigore all'atto della fatturazione); qualsiasi altro trattamento laser in oculistica oltre quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "trattamenti laser" e/o oltre quanto esplicitamente previsto nella Sezione "pacchetti chirurgici - oculistica" e/o quanto previsto dal Nomenclatore-Tariffario; qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente, salvo le cure oncologiche: chemioterapia, radioterapia, terapia del dolore; ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona; interventi chirurgici e/o terapie e/o visite mediche finalizzate all'estetica della persona e/o a questa riconducibili; terapie e/o visite mediche eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi per finalità estetiche e/o a questa riconducibili e/o da queste derivanti; ricoveri in case di riposo private per anziani autosufficienti; diritti di segreteria, amministrativi, spese di magazzino dei medicinali, rilascio copia cartella clinica, rilascio copie radiografiche (qualsiasi tipo, su qualsiasi supporto), copie referti; spese di viaggio e spese per accompagnatore ove noncomprese nella retta di degenza; per medicinali e/o materiali, ad

eccezione di quelli somministrati/utilizzati durante il ricovero in Istituto di Cura ed esposti nella relativa fattura.

Inoltre, non sono rimborsabili in forma diretta: la visita effettuata da psichiatri e/o neuropsichiatri (da non confondere con le sedute di Psicoterapia) con l'esclusione di quanto già previsto dal "Pacchetto Valutazione disturbi specifici dell'apprendimento"; visite dietologiche pur se eseguite da medici – chirurghi specializzati in Scienza dell'alimentazione. Tali visite specialistiche sono rimborsabili solo in forma indiretta secondo quanto specificato nella sezione B. Visite specialistiche.

Non sono previsti rimborsi per servizi e prestazioni accessorie quali:

- CD, DVD;
- Parrucchiere;
- spese telefoniche;
- prestazioni e servizi non riferibili a quanto elencato nelle Sezioni del Nomenclatore-Tariffario vigente.

Eventuale documentazione di spesa non rimborsabile, in quanto non prevista dal Nomenclatore-Tariffario, che nonostante tutto venisse presentata al Fasi per il rimborso, non verrà presa in esame dal Fondo e, se inoltrata in originale, non verrà restituita.

Non devono essere inoltrate al Fondo richieste di rimborso la cui documentazione di spesa risulti essere oltre i termini di presentazione previsti dall'art. M del Regolamento.

Prestazioni soggette a limiti

Alcune prestazioni sono soggette a limiti di rimborsabilità (temporali, di età, di quantità, di sesso). Le prestazioni in oggetto, al momento della liquidazione, vengono imputate nella scheda anamnestica di ciascun Iscritto, consultabile nella propria Area Riservata sul sito del Fasi, in relazione al trimestre a cui si riferisce la data di rilascio della fattura di saldo/saldo parziale. Esempio: una prestazione fruita e fatturata a saldo nel mese di febbraio 2025, viene imputata al 1° trimestre 2025.

La cadenza della rimborsabilità delle prestazioni soggette a limiti temporali sarà calcolata secondo il seguente esempio: "Terapia fotodinamica compreso qualsiasi tipo di medicinale (a trattamento)" (rimborsabile una volta l'anno) fatturata nel 1° trimestre 2025 e successivamente rimborsata dal Fasi, se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2026.

Per quanto riguarda il limite di età, con il termine "età compiuta" si intende il giorno di compimento dell'età indicata per la prestazione (non sono previste deroghe).

Il limite di quantità indica che la prestazione è rimborsabile nella quantità indicata dal limite stesso, eventualmente nell'arco temporale specificato.

Ecceденza a carico dell'iscritto nella forma diretta

Le eccedenze pagate dall'iscritto sulle prestazioni erogate da Strutture Sanitarie convenzionate non sono rimborsabili. Si ricorda agli Iscritti che, a parità di prestazione, le eccedenze applicate in forma diretta possono variare in funzione della Tariffa massima negoziata con la Struttura Sanitaria convenzionata. Per tale motivo, si suggerisce di chiedere sempre un preventivo di spesa, in particolar modo per i ricoveri con o senza intervento chirurgico.

Non è possibile per le Strutture convenzionate in forma diretta addebitare importi, come eccedenze a carico dell'iscritto, relativi a prestazioni/competenze che risultano già comprese in prestazioni/procedure riconosciute come rimborsabili dal Fasi, esempio: "Terapia fotodinamica compreso qualsiasi tipo di medicinale (a trattamento)", non è possibile addebitare importi relativi "a qualsiasi tipo di medicinale" essendo questi già compresi nella prestazione stessa.

Gli iscritti/assistiti dovranno farsi rilasciare tutta la documentazione di spesa in originale attestante anche le eccedenze richieste (da non inoltrare al Fondo per un ulteriore rimborso) e dovranno sottoscrivere, al momento delle dimissioni da un ricovero (qualsiasi tipologia) o al termine delle prestazioni ambulatoriali fruiti, l'apposito modulo predisposto dal Fasi ("Dichiarazione di responsabilità-Consenso-Segreto professionale), in possesso delle Strutture Sanitarie convenzionate, che dovrà essere conservato a cura della Struttura e messo a

disposizione in originale, qualora il Fondo ne facesse richiesta nell'ambito dei consueti controlli. Si ricorda alle Strutture Sanitarie e agli iscritti/ assistiti che il modulo dovrà essere firmato in originale per ogni singola richiesta di rimborso. Tramite tale modulo l'iscritto/assistito, che ha richiesto ed usufruito delle prestazioni presso la Struttura convenzionata:

- conferma di aver fruito delle prestazioni oggetto della richiesta di rimborso (non essendo ammessa una richiesta anticipata di rimborso per prestazioni ancora da fruire);
- autorizza la Struttura Sanitaria a recuperare le somme dalla stessa anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili dal Fasi. In caso contrario, si impegna a saldarle in proprio;
- scioglie dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto in cura;
- dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico, di cui non ha diritto al rimborso da parte del Fasi;
- si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso e della documentazione sanitaria inoltrata con la richiesta stessa, il Fasi rilevasse come non rimborsabili o come eccedente i limiti;
- si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente all'erogazione delle prestazioni da parte della Struttura, non risultassero liquidabili per la perdita del diritto all'assistenza da parte del Fondo;
- si impegna, a norma di quanto previsto dall'articolo "M" del Regolamento, a rimborsare al Fasi, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo in suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento, qualora la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi;
- autorizza la Struttura Sanitaria ad inviare a Fasi e IWS S.p.A., copia delle ricevute sanitarie/fatture per ottenere rimborsi da parte del Fasi.

Ulteriori informazioni si possono ottenere telefonando alla Centrale Informativa-Sanitaria Fasi al numero 06/518911 (opzione 1).

Rimborso prestazioni in caso di Responsabilità terzi

L'art. M del Regolamento prevede quanto segue: *“L'erogazione delle prestazioni per eventi che dipendano da responsabilità di terzi è subordinata all'assunzione, secondo le modalità stabilite dal Fondo, dell'obbligo di versare al Fondo fino a concorrenza delle prestazioni stesse, la somma da chiunque ricevuta a titolo di risarcimento, a qualsiasi danno essa sia stata imputata, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa”.*

Ne consegue che l'iscritto si obbliga:

- a. in fase di caricamento delle richieste di rimborso nell'Area Riservata (forma indiretta):
 - ad indicare che le spese mediche sono conseguenti ad un evento provocato da responsabilità di terzi;
 - ad allegare alla richiesta di rimborso i moduli di “dichiarazione di responsabilità terzi e descrizione del sinistro”;
- b. a comunicare al Contact Center (opzione 2) i riferimenti delle prestazioni erogate in forma diretta conseguentemente ad un evento provocato da responsabilità di terzi;
- c. a conclusione dell'azione risarcitoria, a restituire le somme anticipate dal Fondo.

La voce "Responsabilità terzi" deve essere selezionata in fase di caricamento della pratica nell'Area Riservata solo ed esclusivamente nei casi in cui le cure sanitarie per le quali si richiede il rimborso siano conseguenti a eventi causati da terzi responsabili.

Cure eseguite in Paesi Esteri

Il Fasi rimborsa spese sostenute all'estero dai propri Iscritti/Assistiti presso medici e/o Strutture Sanitarie, nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste per le cure effettuate nel nostro Paese, ovvero rimborsa le cure/ terapie/prestazioni purché queste siano riconosciute in Italia e solo se rientranti nell'area di intervento del Fondo. Per i rimborsi si fa riferimento, quindi, al Nomenclatore-Tariffario vigente all'atto della fatturazione a saldo, per quanto riguarda le aree sanitarie di intervento del Fondo, nonché alle procedure che regolano la presentazione delle richieste trimestrali di prestazioni, che devono essere corredate da documentazione di spesa in copia e trasmesse nel rispetto dei termini di presentazione previsti dal Regolamento del Fondo.

Anche per le prestazioni fruito all'estero, rimangono validi: gli eventuali limiti di età, quelli temporali di

rimborsabilità e/o gli obblighi specificati per le prestazioni e/o quanto definito per il riconoscimento delle procedure identificate con modalità a pacchetto.

Al fine di una corretta valutazione delle prestazioni (codifica) è necessario che le fatture e la documentazione clinica siano redatte in lingua italiana, inglese, francese, tedesca o spagnola. Per tutte le altre lingue si richiede una traduzione ufficiale in italiano.

Poiché le modalità di fatturazione delle prestazioni possono variare da Paese a Paese, il Fasi si riserva di richiedere, oltre quanto già previsto, corredato dal giustificativo di spesa (copia), anche la copia della quietanza di pagamento. In tal caso, l'eventuale imputazione delle prestazioni, ai fini del calcolo dei limiti temporali, sarà determinata dal trimestre di riferimento della data relativa alla quietanza di pagamento.

Imposta di bollo su ricevute sanitarie a rimborso

Il Fasi non rimborsa il costo della marca da bollo.

Per richiedere il rimborso delle prestazioni al Fasi, è sempre obbligatorio inoltrare, sia in via telematica che cartacea, la documentazione di spesa in fotocopia da cui risulti inequivocabilmente l'assoggettamento ad imposta di bollo del documento originale, ove previsto (art.13 del DPR n.642/72; L. n. 71/2013).

IVA

Il Fasi, a partire dal Gennaio 2023 per le prestazioni di medicina e chirurgia, ha reintrodotto il rimborso dell'imposta, ove applicata ai sensi del D.P.R. 26/10/1972 n. 633 e successive modifiche ed integrazioni, sia nella forma diretta sia nella indiretta, in misura proporzionale alla quota di rimborso nei limiti della spesa effettivamente sostenuta. La quota eccedente rimane a carico dell'assistito. Ad esempio, per una spesa di € 100,00 che contempli una imposta del 10% si avrà un richiesto complessivo di € 110,00. Qualora il Fasi, per quella spesa/prestazione, riconosca un rimborso di € 50,00, l'IVA rimborsata sarà pari ad € 5,00, ovvero il 10% di € 50,00, con un rimborso complessivo di € 55,00 su € 110,00 di spesa complessiva.

SEZIONE A. - SERVIZIO MEDICO ONLINE 7/7 (ALLIANZ S.p.A)

Dal 1° aprile 2025 il Fasi offre a tutti i propri iscritti e ai rispettivi nuclei familiari l'accesso gratuito a un servizio digitale su misura per la salute che garantisce un **Team Medico personale (Health Manager, Medici Internisti, Pediatri), 7 giorni su 7** e molti altri servizi innovativi, disponibili tramite un'apposita App.

I servizi inclusi per ogni iscritto e per il suo nucleo familiare sono:

- **Assistenza sanitaria immediata via chat, 7 giorni su 7:** Un Health Manager personale disponibile dalle 7:00 alle 22:00, per rispondere a tutte le esigenze quotidiane di salute;
- **Videovisite illimitate con il Medico Internista personale, 7 giorni su 7,** scelto sulla base della storia clinica e necessità;
- **Videovisite illimitate con il Pediatra sempre disponibile,** anche sabato e domenica.

Gli assistiti possono accedere anche ai seguenti servizi accessori:

- **Videovisite con Nutrizionista:** Prima videovisita con un Nutrizionista e due videovisite di controllo all'anno per ricevere consigli nutrizionali o un piano alimentare personalizzato;
- **Valutazione del proprio stato di salute e benessere** Valutazione personalizzata mensile con il MyHealth score® e monitoraggio settimanale dei parametri vitali con la videocamera in 30 secondi con l'Health Scan®.

Chi eroga il servizio?

Il Fasi eroga il servizio attraverso il partner assicurativo Allianz S.p.A e le prestazioni sono fornite da Dr.Feel, poliambulatorio virtuale autorizzato da ATS Milano (Autorizzazione n° 095635).

Come si effettua la registrazione al Servizio?

1. Accedere dall'Area Riservata Fasi alla sezione "Medico online 7/7".
2. Confermare i dati dei familiari e clicca su "Conferma e registrati".
3. Scaricare l'app di Dr.Feel, cliccare su "Ho già un account" e accedere con e-mail e password scelte durante la registrazione. Se la registrazione avviene direttamente sul sito di Dr.Feel o tramite l'app, l'iscritto non verrà riconosciuto e il servizio sarà a pagamento. Una volta effettuata la prima registrazione, gli accessi successivi dovranno essere effettuati direttamente tramite l'app di Dr.Feel.

SEZIONE B. - VISITE SPECIALISTICHE

Premesse specifiche di branca:

Sono rimborsabili le visite specialistiche a scopo diagnostico (codice 1) e, a partire dal 1.4.2025, anche quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico (visite di controllo/visite successive/visite per riscontro accertamenti ecc.) codice 10285.

Le visite specialistiche sono rimborsabili solo se erogate da soggetti laureati in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritti presso l'Ordine dei Medici e in possesso del Diploma di specializzazione risultante sul sito dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri.

La specializzazione del medico che ha eseguito la visita (prima visita e/o consulto/controllo/visite successive ecc.) deve essere attinente alla patologia che l'ha resa necessaria.

La visita specialistica è rimborsabile, nell'ambito di un ricovero con degenza notturna o diurna (day hospital-day surgery) con o senza intervento chirurgico, se erogata da professionista con diversa specializzazione rispetto a quella per il quale è stato richiesto il ricovero.

Sono rimborsabili esclusivamente in forma indiretta (attraverso il codice 1 e il codice 10285), la visita dietologica eseguita da medico-chirurgo specializzato in Scienza dell'alimentazione e la visita effettuata da Psichiatra e/o Neuropsichiatra (da non confondere con le sedute di Psicoterapia) con l'esclusione di quanto già previsto dal Pacchetto Valutazione disturbi specifici dell'apprendimento.

La visita specialistica non è associabile e/o assimilabile alla "visita medica genetica (genetica clinica)" per la

quale si rimanda alla sezione di Biologia Molecolare e/o alla “Visita radioterapica pre trattamento” o “Visita radioterapica Rivalutazione” per le quali si rimanda alla sezione N – Terapie “Radioterapia”.

La visita specialistica non è assimilabile:

- all’assistenza medica in degenza (si veda la Sezione H);
- all’assistenza specialistica oncologica (si veda Sezione I);
- alle prestazioni specialistiche erogate dell’equipe medica-chirurgica-anestesiologica (si veda Sezione O) per le quali esistono specifici codici di rimborso elencati nelle rispettive sezioni.

La documentazione di spesa deve riportare il titolo accademico di specializzazione del medico che deve essere attinente alla patologia che ha reso necessaria la visita, gli estremi anagrafici e la Partita IVA. Nel caso in cui la visita specialistica venga fatturata da una Struttura Sanitaria, indipendentemente se convenzionata in forma diretta o meno, oltre i dati anagrafici della Struttura e la Partita IVA, dovrà comunque essere specificato il titolo accademico di specializzazione del medico che, anche in questo caso, dovrà essere attinente alla patologia che ha reso necessario la visita stessa.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1	Visita specialistica ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguito in regime di ricovero notturno da medico specialista non appartenente all’equipe medico chirurgica-anestesiologica curante.	70,00		Rimborsabile solo la 1° visita a scopo diagnostico	Titolo di specializzazione del medico
10285	Visita specialistica ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguito in regime di ricovero notturno SUCCESSIVA ALLA PRIMA, eseguita da medico specialista non appartenente all’equipe medico chirurgica-anestesiologica curante.	45,00	Rimborsabile max 5 volte l’anno (arco temporale 01.01 – 31.12)	Rimborso massimo previsto indipendentemente dalla specializzazione del professionista. Prestazione soggetta a limiti.	Titolo di specializzazione del medico
10287	Pacchetto Valutazione Disturbi Specifici dell’Apprendimento (DSA): Visita Neuropsichiatrica Infantile; Test Intellettivo; Valutazione degli apprendimenti e del linguaggio; Relazione e Certificazione valida anche a fini scolastici	250,00	Rimborsabile max 1 volta ogni 3 anni dai 3 anni compiuti fino al compimento del 16 anno	Solo se eseguita da medico chirurgo specializzato in Neuropsichiatria. Prestazione soggetta a limiti.	Certificazione rilasciata da specialista in Neuropsichiatria o da Centri Specializzati per la valutazione dei disturbi dell’età evolutiva.
10288	Pacchetto sedute Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza (NPIA): a seguito di disturbi specifici	290,00	Rimborsabile max 1 volta ogni 3 anni dai 3 anni compiuti fino al compimento del 16 anno	Rimborso massimo previsto indipendentemente dal numero di sedute. Applicabile anche in caso di recupero da dipendenze e patologie alimentari. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione rilasciata dal Neuropsichiatra
78024	Sedute di psicoterapia (se effettuate da medico specializzato in psichiatria o psicologia clinica o se effettuate da psicologi o psicoterapeuta regolarmente iscritto all’ordine).	40,00	Rimborsabili max 24 sedute l’anno (arco temporale 01.01 – 31.12) a partire dai 16 anni compiuti fino al compimento dei 23 anni		

SEZIONE C. - RETTE DI DEGENZA IN STRUTTURE SANITARIE AUTORIZZATE

Premesse specifiche di branca:

Il Fondo prevede il rimborso della retta di degenza in Strutture Sanitarie autorizzate in regime di ricovero diurno o notturno.

Le rette di degenza (ad eccezione del codice 4 e 5) sono riconosciute in caso di ricovero in reparti di Strutture Sanitarie pubbliche e private autorizzate (accreditate e non), per la risoluzione di eventi nella fase acuta o per riabilitazione post-intervento chirurgico o traumatico, per un massimo di 90 giorni nell’arco dell’anno solare, intendendo per anno solare il periodo di 365 giorni precedenti ad ogni singolo giorno di ricovero. Superato il limite dei 90 giorni di degenza (indipendentemente dal motivo del superamento), viene applicata la retta giornaliera per forme morbose croniche (codice5).

Per la sola differenza di classe, ovvero del maggior comfort alberghiero, senza scelta del medico curante (codice

3), è prevista una specifica tariffa massima giornaliera, sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e sempre nei limiti di 90 giorni annui.

Il codice 4 per day hospital e day surgery è riconosciuto solo nei casi di:

- day surgery: per intervento chirurgico;
- day hospital: per cure oncologiche/prestazioni chemioterapiche e terapia del dolore documentati da cartella clinica. È quindi tassativamente escluso il riconoscimento nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici, per la sola consegna di terapie da assumere a domicilio (indipendentemente se medicinali/farmaci chemioterapici) e/o per altri motivi.

Il rimborso per il day surgery e/o day hospital è quindi escluso anche nei casi di intervento a pacchetto (es. Pacchetto cataratta, chirurgia refrattiva, pacchetti di gastroenterologia ecc.).

Si specifica che alcuni esami/procedure sono fruibili in regime ambulatoriale, pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

La retta giornaliera di degenza per forme morbose croniche (codice 5), nel dettaglio si applica:

- ai ricoveri di lungodegenza per forme morbose croniche, ivi comprese quelle psichiatriche e/o disturbi pervasivi dello sviluppo (rilevabili dalla documentazione Sanitaria fornita con la richiesta di rimborso e da quella pregressa), fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo, indipendentemente dalla classificazione della Struttura Sanitaria presso la quale viene effettuata la degenza stessa, con l'esclusione delle Case di Riposo (per la quale non è prevista alcuna compartecipazione) e quant'altro previsto nel paragrafo "Prestazioni non rimborsabili" (o a queste riconducibili);
- ai ricoveri presso Residenze Sanitarie Assistenziali dedicate a soggetti non autosufficienti (RSA), pubbliche o private accreditate, in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti (sono escluse le case di riposo private), fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo. Relativamente a tali ricoveri non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte del Fondo per il mantenimento del posto letto/stanza, nei casi in cui temporaneamente l'iscritto/assistito si allontani dalla Struttura (soggetto ad altro ricovero medico e/o chirurgico e/o altro che preveda pernotti esterni). Per il ricovero presso RSA, ai fini del rimborso, è necessario allegare copia del Piano Assistenziale Individuale (PAI) aggiornato non oltre i 6 mesi antecedenti la richiesta o comunque una relazione aggiornata e datata che attesti il persistere della condizione clinica precedente e/o eventuali cambiamenti secondo i test di valutazione dell'assistito, con timbro e firma del medico responsabile del ricovero e comunque anch'essa non più vecchia di 6 mesi;
- ai ricoveri per il recupero da dipendenze (alcool, farmaci, droghe), patologie alimentari rilevabili e documentabili sul piano clinico. In tal caso il codice 5 è omnicomprensivo della degenza, dei materiali e medicinali degli accertamenti, delle terapie, dell'assistenza in degenza, delle visite specialistiche e quant'altro eseguito e fruito nel corso del ricovero. Il ricovero per il recupero da dipendenze non è riconosciuto nel caso di ludopatie e IAD (Internet Addiction Disorder) ed in tutti i casi non è riconosciuto se effettuato presso Comunità di Recupero e/o Strutture similari;
- ai ricoveri riabilitativi non correlati a interventi chirurgici di natura ortopedica o ad eventi post traumatici, fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo;
- ai ricoveri riabilitativi correlati ad interventi chirurgici di natura ortopedica o ad eventi post traumatici, oltre i 24 giorni previsti dal codice 30033.

La retta di degenza per riabilitazione post-intervento chirurgico ortopedico o post traumatico in regime di ricovero notturno (codice 30033), fruibile entro 30 giorni dall'intervento ortopedico/trauma a cui lo stesso si riferisce, è riconosciuta per un massimo di 24 giorni (oltre i quali si applica il codice 5 sopra riportato) ed è omnicomprensiva di tutte le competenze (materiali, medicinali, assistenza medico infermieristica, accertamenti ecc.) ad eccezione delle prestazioni fisiokinesiterapiche che, comunque, hanno dei limiti propri.

La retta di degenza, con maggior riferimento a quelle post-intervento chirurgico ortopedico o post traumatico e/o la retta di degenza per forme morbose croniche (codice 5) non è riconosciuta nei casi di "Pacchetti Fisioterapici su base Sintomatologica".

La retta di degenza per forme morbose croniche (codice 5), quella per Terapia Intensiva (codice 7) e Sub-Intensiva (codice 8) si intende comprensiva dell'uso di apparecchiature speciali e dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore); pertanto, in tali casi, alla retta di ricovero non si somma il codice di rimborso dell'assistenza in degenza (codice 81 e 82 – Sezione H).

Altresì si specifica che, l'esecuzione del "monitoraggio 24h/telemetria" durante un ricovero con degenza notturna, non indica necessariamente l'avvenuto ricovero in reparto di Terapia Intensiva/Subintensiva.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2	Retta di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico in camera con letto singolo e secondo letto o divano letto per accompagnatore - a notte.	300,00	Concorre al calcolo del limite max di 90 gg	Non associabile nei casi di "prestazioni eseguibili ambulatorialmente", e/o ai ricoveri riabilitativi. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica in cui sia rilevabile la data di ricovero e quella di dimissione
3	Retta di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico adottata per la differenza di classe (comfort alberghiero) ad integrazione del s.s.n. per camera singola con letto o divano letto per accompagnatore - uso del letto accompagnatore compreso nella tariffa esposta - a notte	115,00	Concorre al calcolo del limite max di 90 gg	Non applicabile nei casi di "prestazioni eseguibili ambulatorialmente". Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica in cui sia rilevabile la data di ricovero e quella di dimissione
4	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero diurno (day hospital) per chemioterapia, cure oncologiche e terapia del dolore o (day-surgery) per interventi chirurgici (con degenza non inferiore alle 4 ore).	180,00		Non associabile a prestazioni eseguibili ambulatorialmente e/o a ricoveri per accertamenti diagnostici, check-up (e/o quanto a questi riconducibili).	Cartella clinica in cui sia rilevabile l'orario di ricovero e quello di dimissione
5	Retta giornaliera di degenza per ricoveri per forme morbose croniche e/o in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblica o privata accreditata.	40,00		Non associabile ai "Pacchetti fisioterapici su base Sintomatologica". Applicabile nei casi di: ricovero per riabilitazione non riferibili al post intervento ortopedico o post traumatico sin dall'inizio della degenza (per quelli post intervento ortopedico o post traumatico applicabile alla degenza dal 25esimo giorno in poi). Recupero da dipendenze e/o patologie alimentari (vedere premesse di sottobranca). Ricoveri per patologie psichiatriche e/o disturbi pervasivi dello sviluppo (vedere premesse di sottobranca)	Per il ricovero presso le RSA/recupero da dipendenze/patologie psichiatriche e/o disturbi pervasivi dello sviluppo: PAI aggiornato ogni 6 mesi. Per il ricovero riabilitativo: Cartella clinica completa (incluso diario riabilitativo)
6	Retta di degenza in regime di ricovero notturno per uso della stanza attrezzata per terapie radiometaboliche - a notte - escluso quanto esposto nella sottosezione: terapie con radionuclidi. sono esclusi: materiali - medicinali - esami diagnostici. È sostitutiva della normale retta di degenza.	420,00	Concorre al calcolo del limite max di 90 gg	Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica in cui sia rilevabile l'uso della stanza attrezzata
7	Retta di degenza in regime di ricovero notturno in reparto di terapia intensiva/rianimazione/unità coronarica/sala asettica per trapianti (comprensiva dell'assistenza 24 h équipe medico/infermieristica con paziente solitamente intubato) - a notte - la retta è omnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. È sostitutiva della normale retta di degenza.	1.300,00	Concorre al calcolo del limite max di 90 gg	Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica in cui sia rilevabile la data di ricovero, quella di dimissione e i giorni di permanenza in reparto (tipologia di reparto)
8	Retta di degenza in regime di ricovero notturno in reparto di terapia subintensiva - a notte (comprensiva di assistenza paramedica 24 h, monitoraggio 24 h/telemetria, assistenza non continuativa dell'équipe medica con paziente non intubato). la retta è omnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. È sostitutiva della normale retta di degenza.	700,00	Concorre al calcolo del limite max di 90 gg	Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica in cui sia rilevabile la data di ricovero, quella di dimissione e i giorni di permanenza in reparto (tipologia di reparto)

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
30033	Retta di degenza per ricoveri in regime notturno per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico - a notte. il codice è omnicomprendente di tutte le competenze (materiali, medicinali, assistenza medico infermieristica ecc, ad esclusione della fisioterapia).	220,00	Rimborsabile max 24 gg (nell'ambito del limite max di 90 gg) oltre il quale si applica il codice 5.	Fruibile entro 30 giorni dall'intervento chirurgico ortopedico/trauma a cui lo stesso si riferisce. Prestazione soggetta a limiti. Non associabile ai "Pacchetti fisioterapici su base Sintomatologica"	Cartella clinica in cui sia rilevabile la data di ricovero e quella di dimissione (incluso il diario riabilitativo)

Rianimazione: prestazioni professionali di tipo rianimativo

Premesse specifiche di branca:

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
9	Assistenza meccanica del circolo (come unica prestazione)	1.000,00		Come unica prestazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10	Defibrillazione elettrica esterna (come unica prestazione)	155,00		Come unica prestazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
11	Defibrillazione elettrica interna (come unica prestazione)	310,00		Come unica prestazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
12	Espianto di CVC (come unica prestazione)	110,00		Come unica prestazione	Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
13	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione)	340,00		Come unica prestazione	Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
14	Impianto di CVC (come unica prestazione)	300,00		Come unica prestazione	Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
15	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	680,00		Come unica prestazione. Compresa eventuale ecografia	Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
16	Ipotermia (come unica prestazione)	155,00		Applicabile ove non già prevista dalla procedura stessa	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

SEZIONE D. - MATERIALI E MEDICINALI

Premesse specifiche di branca:

I **medicinali** (codice 18) e i **materiali sanitari** (codice 17) utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno), sono rimborsabili se esposti nella fattura rilasciata dalla Struttura Sanitaria.

Il Fasi, qualora ne rilevasse la necessità, si riserva la facoltà di richiedere il dettaglio analitico dei materiali e/o dei medicinali con specifica dei relativi importi.

I prezzi fatturati non possono in ogni caso superare quelli pubblicati annualmente dall'“Informatore Farmaceutico”.

Il codice di rimborso dei materiali sanitari (codice 17) non può essere utilizzato per richiedere il rimborso di quanto specificato nella Sezione G e per Presidi e/o Protesi (qualsiasi tipologia).

In caso di utilizzo di sangue e suoi derivati si rinvia ai codici di rimborso della Sezione F (non sono pertanto utilizzabili i codici della presente sezione).

I farmaci oncologici sono rimborsati solo, se rientranti nell'area di intervento del Fondo, se somministrati nell'ambito di un ricovero e solo qualora siano regolarmente riconosciuti in Italia. È escluso il rimborso di farmaci consegnati dalla Struttura per l'assunzione a domicilio, non è dunque riconosciuto il ricovero notturno/diurno per

la sola consegna di farmaci per terapia domiciliare.

L'utilizzo di medicinali appartenenti alla categoria di terapia avanzata, di nuova generazione (i.e. CAR-T), è da intendersi come non rimborsabile dal Fondo.

I costi di materiali e medicinali nei seguenti casi risultano compresi nelle tariffe delle procedure/pacchetti/sale/voci:

- interventi chirurgici di natura odontoiatrica (non sono liquidabili pur se esposti in fattura indipendentemente se riconducibili alla sala operatoria e/o alla eventuale degenza);
- prestazioni eseguite in sala ambulatoriale (codice 53) o sala operatoria ambulatoriale (codice 56071) (non sono liquidabili poiché comprese nelle tariffe delle sale stesse);
- uso strumenti ad alto costo (il rimborso previsto per gli strumenti ad alto costo è da considerare comprensivo di quanto necessario per l'esecuzione della procedura e quindi di materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura);
- di interventi chirurgici/procedure “a pacchetto” in quanto rimborsati attraverso tariffe omnicomprehensive;
- retta di degenza per forme morbose croniche e/o recupero da dipendenze e/o riabilitazione (non post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico) e/o patologie alimentari e/o psichiatriche e/o disturbi pervasivi dello sviluppo (codice 5) e in quella per riabilitazione post intervento chirurgico o post traumatico (codice 30033).

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
17	Materiali usati in sala operatoria ed in reparto in corso di ricovero con degenza notturna o diurna	80%		Limitatamente a materiali non compresi nelle procedure stesse e solo in caso di ricovero notturno o diurno.	Cartella clinica
18	Medicinali usati in sala operatoria ed in reparto in corso di ricovero con degenza notturna o diurna	80%		Limitatamente a materiali non compresi nelle procedure stesse e solo in caso di ricovero notturno o diurno.	Cartella clinica

SEZIONE E. - PRESIDI E PROTESI

Premesse specifiche di branca:

È previsto il rimborso dei Presidi e/o delle Protesi solo se prescritti da un medico specializzato nella relativa patologia, oppure se utilizzati in corso di ricovero con degenza diurna o notturna, dettagliatamente riportati nella cartella clinica e nella relativa fattura rilasciata dalla Struttura Sanitaria.

Non è prevista la compartecipazione alla spesa da parte del Fondo per presidi/protesi/tutori al di fuori di quanto dettagliato nella presente sezione.

Non è riconosciuto il rimborso per la sostituzione e/o riparazione di parti danneggiate o soggette ad usura e/o di presidi/protesi (nella loro interezza) oltre i limiti previsti per le stesse.

Il Fondo si riserva la possibilità di richiedere ulteriori dettagli delle voci riportate in fattura e la **certificazione di conformità dei manufatti** secondo quanto disciplinato dalla normativa UE 2017/745 e successive modificazioni.

Per gli interventi chirurgici a “pacchetto” previsti dal Fasi, i presidi e protesi sono già compresi nella misura massima riconosciuta dal Fondo.

Limitatamente alla “Protesi acustica monolaterale (destra o sinistra) per ipoacusia” (codice 26) il limite temporale viene calcolato secondo la seguente modalità (esempio): protesi acustica destra fatturata il 15 gennaio 2025 – viene imputata al 1° trimestre 2025; se sostituita questa sarà nuovamente rimborsabile a partire dal 1° trimestre 2028.

Non è possibile assimilare le voci riportate nella presente sezione (o a queste riconducibili) alla voce/codice “materiali”.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
19	Apparecchio laringofono	345,00			Dichiarazione di conformità
20	Corsetto ortopedico	120,00			Dichiarazione di conformità
21	Corsetto ortopedico per scoliosi	295,00			Dichiarazione di conformità
22	Defibrillatore cardiaco	12.300,00			Cartella clinica
23	Infusore continuo di farmaci anti blastici	2.000,00			Cartella clinica
24	Ortesi ortocranica per plagiocefalia	1.000,00			Dichiarazione di conformità
25	Pace maker completo di accessori	3.100,00			Cartella clinica
26	Protesi acustica monolaterale (destra o sinistra) per ipoacusia	1.200,00	Rimborsabile max 1 volta ogni 3 anni per lateralità	Prestazione soggetta a limiti	Dichiarazione di conformità
29	Protesi arto inferiore	2.100,00		Non assimilabile alle Protesi articolari	Cartella clinica
30	Protesi arto superiore	2.000,00		Non assimilabile alle Protesi articolari	Cartella clinica
31	Protesi del cristallino	150,00	Rimborsabile max 1 volta per parte corpo (occhio)	Indipendentemente dalla tipologia di protesi. Prestazione soggetta a limiti. Prestazione già compresa nel Pacchetto Cataratta	Dichiarazione di conformità. Cartella clinica
32	Protesi mammaria (ciascuna)	400,00		Solo in seguito ad intervento per patologia oncologica	Dichiarazione di conformità. Cartella clinica.
33	Protesi oculare (occhio finto)	600,00			Cartella clinica
34	Protesi testicolare	250,00			Cartella clinica
35	Protesi vascolare	2.400,00			Cartella clinica
36	Stent vascolari	1.500,00			Cartella clinica
37	Stent, altri tipi di	500,00			Cartella clinica
38	Tutore di funzione arto inferiore	220,00			Dichiarazione di conformità
39	Tutore di funzione arto superiore	150,00			Dichiarazione di conformità
40	Tutore di funzione: tronco	190,00			Dichiarazione di conformità
41	Tutore di riposo o di posizione	70,00		Solo in seguito ad intervento chirurgico documentato	Dichiarazione di conformità. Relazione medica.
42	Valvola cardiaca	2.580,00		Indipendentemente dalla tipologia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3185	Pompa impiantabile intratecale per infusione continua di morfina	150,00			Cartella clinica
3187	Endoprotesi modulare aorto-bisiliaca	3.000,00			Cartella clinica
85518	Protesi articolare: grandi articolazioni (Anca, Ginocchio, Spalla)	2.900,00		Prestazione già compresa negli interventi a Pacchetto	Cartella clinica
85519	Protesi articolare: medie articolazioni (Gomito, Polso, Tibio-Peroneo-Astragalica)	2.400,00			Cartella clinica
85520	Protesi articolare: piccole articolazioni (quanto non rientrante in Grande o Medie)	1.900,00			Cartella clinica

SEZIONE F. - COSTI E COMPENSI PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI TRASFUSIONALI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO

Premesse specifiche di branca:

Le analisi inerenti sangue ed emoderivati vengono rimborsate secondo le relative tariffe esposte nella Sezione P.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Aferesi terapeutica

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
43	Eritroaferesi con sacche multiple	70,00			Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
44	Eritrocitoaferesi terapeutica	500,00			Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
45	Leucoaferesi terapeutica	550,00			Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
46	Piastrinoaferesi terapeutica	600,00			Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
47	Plasmaferesi terapeutica	550,00			Relazione medica con descrizione della procedura eseguita

Prestazioni professionali

Premesse specifiche di branca:

I compensi professionali si intendono a seduta per l'intera équipe.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
48	Prestazioni professionali per recupero sangue intraoperatorio	350,00			Cartella clinica in cui sia rilevabile la procedura
49	Prestazioni professionali per recupero sangue postoperatorio	350,00			Cartella clinica in cui sia rilevabile la procedura
50	Prestazioni professionali per salasso terapeutico	70,00			Cartella clinica in cui sia rilevabile la procedura
51	Prestazioni professionali per trasfusioni	70,00			Cartella clinica in cui sia rilevabile la procedura
52	Sangue, emoderivati secondo le normative vigenti	80%			Cartella clinica in cui sia rilevabile la procedura

SEZIONE G. - USO SALE DEDICATE - USO SALA OPERATORIA - USO APPARECCHI SPECIALI IN SALA OPERATORIA - USO STRUMENTI AD ALTO COSTO

Uso sale dedicate

Premesse specifiche di branca:

La sala ambulatoriale (relativa a piccoli interventi chirurgici/endoscopia) (codice 53) e la sala operatoria ambulatoriale (codice 56071), si intendono comprensive dei medicinali e materiali sanitari e qualsiasi attrezzatura salvo quanto compreso nelle singole procedure (es. le procedure endoscopiche sono comprensive dell'endoscopio e dei relativi materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura), se non diversamente indicato.

La sala operatoria ambulatoriale (56071) è riconosciuta limitatamente ad interventi chirurgici, in regime ambulatoriale, che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio superiore a quella prevista per gli interventi ambulatoriali minori. L'utilizzo della predetta sala operatoria ambulatoriale implica la presentazione del verbale di sala operatoria completo e leggibile in ogni sua parte e, della relazione medica che specifichi la tipologia di procedura chirurgica che ha reso necessaria l'esecuzione dell'intervento in sala operatoria. In assenza della suddetta documentazione, non potrà essere riconosciuta la sala operatoria ambulatoriale, bensì sarà attribuito il codice 53.

Per l'uso della sala ambulatoriale per prestazioni di natura odontoiatrica, pur se effettuate in corso di ricovero, non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte del Fondo.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
53	Uso sala ambulatoriale dedicata per piccoli interventi chirurgici/ endoscopie (compresi materiali e medicinali di uso comune ed eventuale uso di anestetici locali/sedazione profonda), se eseguiti in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery	145,00		Prestazioni in regime ambulatoriale. Escluso interventi ambulatoriali odontoiatrici.	Relazione medica con descrizione della procedura eseguita
54	Uso sala gessi	76,00			
55	Uso sala parto in caso di parto naturale	524,50			Cartella clinica
56071	Uso sala operatoria in regime ambulatoriale, dedicata ad interventi chirurgici che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio senza ricovero notturno o diurno (compresi materiali, medicinali, uso di anestetici/sedazione profonda e/o strumentazione) se eseguiti in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery - escluso interventi ambulatoriali odontoiatrici)	240,00		Prestazioni in regime ambulatoriale. Escluso interventi ambulatoriali odontoiatrici.	Relazione medica e Verbale di sala operatoria

Uso sala operatoria in regime di ricovero notturno per interventi chirurgici ed atti invasivi eseguiti in anestesia generale, periferica spinale (subdurale o peridurale) o plessica, tronculare, per infiltrazione, compreso l'uso di qualsiasi apparecchiatura non specificatamente descritta, se effettuati in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery. Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali.

Premesse specifiche di branca:

Il rimborso dell'uso della sala operatoria in regime di ricovero notturno è ammissibile solo se correlato alla richiesta di un atto chirurgico. Pertanto, l'eventuale richiesta di rimborso del solo uso della sala dovrà essere accompagnata da adeguata documentazione, per consentirne la valutazione.

L'identificazione del codice della sala operatoria è determinata dall'importo o somma di importi di rimborso previsto per l'intervento/ gli interventi eseguiti nella medesima seduta operatoria. Pertanto, il rimborso massimo previsto per la sala operatoria è quello relativo al codice individuato e viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso.

Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali.

La tariffa per la sala operatoria (regime di ricovero ricovero notturno) comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura

utilizzata, salvo quanto compreso nelle singole procedure e salvo quanto specificatamente descritto.

Il rimborso della sala operatoria in regime di ricovero (notturno) non è riconosciuto nel caso di procedure diagnostiche e/o atti mininvasivi.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
56	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento fino a 550 euro	241,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
57	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 551 euro a 1.050 euro	380,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
58	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.051 euro a 1.550 euro	542,50		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.551 euro a 2.070 euro	690,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
60	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 2.071 euro a 2.590 euro	722,50		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
61	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 2.591 euro a 3.620 euro	902,50		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
62	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 3.621 euro a 4.650 euro	1.083,50		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
63	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento oltre 4.650 euro	1.850,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
64	Uso sala operatoria per esami/atti invasivi (emodinamica - angiografica - radiologica interventistica - cardiologia interventistica) che ne richiedano l'uso. La tariffa è sostitutiva e non si somma ai normali riferimenti tariffari per l'uso della sala operatoria.	650,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o Day Surgery	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
65	Uso sala operatoria per interventi di Cardiochirurgia in C.E.C. (compreso uso apparecchiature speciali). La tariffa è sostitutiva e non si somma agli altri riferimenti tariffari per l'uso della sala operatoria.	3.309,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Uso sala operatoria in regime di ricovero diurno (day surgery) per interventi chirurgici od atti invasivi eseguiti in anestesia generale, periferica spinale (subdurale o peridurale) o plessica, tronculare, per infiltrazione, salvo diversa descrizione, se effettuati in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery. Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali

Premesse specifiche di branca:

Il rimborso dell'uso della sala operatoria in regime di ricovero diurno è ammissibile solo se correlato alla richiesta di un atto chirurgico. Pertanto, l'eventuale richiesta di rimborso del solo uso della sala dovrà essere accompagnata da adeguata documentazione, per consentirne la valutazione;

L'identificazione del codice della sala operatoria è determinata dall'importo o somma di importi di rimborso previsto per l'intervento/gli interventi eseguiti nella medesima seduta operatoria. Pertanto, il rimborso massimo previsto per la sala operatoria è quello relativo al codice individuato e viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso.

Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali.

La tariffa per la sala operatoria (regime di ricovero diurno) comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura utilizzata, salvo quanto compreso nelle singole procedure e salvo quanto specificatamente descritto.

Il rimborso della sala operatoria in regime di ricovero (diurno) non è riconosciuto nel caso di procedure diagnostiche e/o atti mininvasivi.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
66	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento fino a 550 euro	241,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o in Ricovero notturno	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
67	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 551 euro a 1.050 euro	380,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o in Ricovero notturno	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
68	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.051 euro a 1.550 euro	542,50		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o in Ricovero notturno	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
69	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.551 euro a 2.070 euro	690,00		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o in Ricovero notturno	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
70	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento oltre 2.071 euro	722,50		Non applicabile ad interventi eseguiti in regime ambulatoriale o in Ricovero notturno	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Uso strumenti ad alto costo della Struttura Sanitaria

Premesse specifiche di branca:

Il rimborso previsto per gli strumenti ad alto costo è da considerare comprensivo di quanto necessario per l'esecuzione della procedura (materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura ed eventuale personale tecnico).

Gli strumenti/apparecchiature al di fuori di quelle espressamente esposte nella presente sezione, si intendono ricompresi nelle procedure stesse e/o nelle eventuali sale operatorie.

L'uso del litotritore, delle apparecchiature ad onde d'urto e del facoemulsificatore è compreso nelle tariffe esposte nelle relative sezioni M, O.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con apparecchiatura robotica sono presenti specifici codici riferibili all'ambito oncologico (codice 75) e ortopedico (codice 59760). Per procedure chirurgiche robotiche oltre quanto specificato è utilizzabile il codice 59759. L'uso dell'apparecchiatura robotica è riconosciuto esclusivamente se rilevabile dalla cartella clinica e dal verbale di sala operatoria.

Per le procedure a "Pacchetto" eseguite con strumentazione robotica, sono previsti codici dedicati che comprendono anche la quota di rimborso della predetta strumentazione.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
71	Uso amplificatore di brillantezza in sala operatoria	65,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
72	Uso apparecchiatura Cyberknife	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
73	Uso apparecchiatura Gammaknife	500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
74	Uso apparecchiatura HIFU	400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
75	Uso apparecchiatura robotica per interventi chirurgici oncologici (comprensivo dei dispositivi monouso)	2.200,00		Limitatamente ad interventi oncologici	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'uso dello strumento e la tipologia di apparecchiatura
3188	Uso sistema di navigazione GPS per interventi di neurochirurgia	1.280,50		Limitatamente ad interventi di neurochirurgia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'uso dello strumento e la tipologia di apparecchiatura
76	Uso apparecchiature speciali per trasfusioni in caso di intervento chirurgico	130,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
77	Uso artroscopio	100,00		Limitatamente ad interventi che non lo contemplano nella procedura stessa	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
78	Uso isteroscopio	100,00		Limitatamente ad interventi che non lo contemplano nella procedura stessa	Relazione medica (se procedura diagnostica) – Cartella clinica con verbale di sala operatoria (se procedura chirurgica)
79	Uso laparoscopio	236,50		Limitatamente ad interventi che non lo contemplano nella procedura stessa	Relazione medica (se procedura diagnostica) – Cartella clinica con verbale di sala operatoria (se procedura chirurgica)
80	Uso pompa elettronica portatile per infusione continua o circadiana per mono - polichemioterapia (al giorno)	15,00		Al giorno	Cartella clinica
59759	Uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi tipo) per interventi chirurgici mininvasivi - comprensivo dei dispositivi monouso	1.000,00		Non assimilabile ad altre voci dettagliate	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'uso dello strumento e la tipologia di apparecchiatura
59760	Uso apparecchiatura per chirurgia robotica – robotic assisted surgery (RAS- qualsiasi tipo) – per interventi di chirurgia protesica ortopedica-comprensivo dei dispositivi monouso	2.200,00		Limitatamente ad interventi di chirurgia ortopedica invasiva. Prestazione già compresa nei Pacchetti di chirurgia ortopedica con tecnica robotica.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'uso dello strumento e la tipologia di apparecchiatura

SEZIONE H. - ASSISTENZA ÉQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA

Premesse specifiche di branca:

Per assistenza medica in degenza deve intendersi l'assistenza prestata giornalmente dall'intera équipe medica curante durante i ricoveri senza intervento chirurgico con degenza notturna.

Per il rimborso dell'assistenza specialistica oncologica e terapia del dolore in degenza (notturna e diurna) si rimanda alle tariffe esposte nella sezione I - Oncologia Medica.

Non è previsto alcun rimborso dell'assistenza in degenza in associazione alla retta del day surgery (codice 4), alla retta giornaliera per forme morbose croniche e/o per ricoveri per recupero da dipendenze e/o riabilitazione (non post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico) e/o patologie alimentari e/o psichiatriche e/o disturbi pervasivi dello sviluppo (codice 5) e alla retta di degenza per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatica (codice 30033).

L'assistenza in degenza non è assimilabile alla visita specialistica (prima visita e/o visite successive) e non si somma a quest'ultima.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
81	Assistenza équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna: dalla prima alla decima giornata	80,00		Dalla 1° alla 10° giornata.	Cartella clinica
82	Assistenza équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna: oltre la decima giornata	60,00		Dall' 11° giornata	Cartella clinica

SEZIONE I. - ONCOLOGIA MEDICA - CHEMIOTERAPIA (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Per assistenza specialistica oncologica deve intendersi quella prestata dallo specialista durante le sedute di chemioterapia infusionale ambulatoriale, domiciliare, in day hospital, in ricovero notturno oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno, senza chemioterapia.

L'assistenza specialistica oncologica non è assimilabile alla visita specialistica (prima visita e/o visite successive) e/o alla visita radioterapica (pre trattamento e/o rivalutazione), non si somma a quest'ultima, e non è riconosciuta nel caso di sola consegna dei farmaci chemioterapici per terapia domiciliare.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Nella documentazione deve essere esplicitamente dettagliato il tipo di terapia praticata ed il regime in cui è stata effettuata la terapia.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
83	Chemo – ipertermia perfusionale (come fase dell'intervento principale)	2.800,00		Comprensiva di prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica oncologica e di tutti i partecipanti all'atto	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
84	Espianto di CVC (come unica prestazione)	110,00		Comprensiva di prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica oncologica e di tutti i partecipanti all'atto	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
85	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione)	340,00		Comprensiva di prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica oncologica e di tutti i partecipanti all'atto	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
86	Impianto di CVC (come unica prestazione)	300,00		Comprensiva di prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica oncologica e di tutti i partecipanti all'atto	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
87	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	680,00		Comprensiva di prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica oncologica e di tutti i partecipanti all'atto	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
88	Prestazione équipe medica oncologica in regime ambulatoriale per trasfusione di sangue e/o di emoderivati	150,00		Non assimilabile alla visita specialistica	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
89	Prestazioni équipe medica oncologica in regime di ricovero in day hospital (degenza diurna) o ambulatoriale o domiciliare per monopolichemioterapia antitumorale e/o ipertermia, con infusione continua o circadiana a mezzo di pompe elettroniche programmabili portatili ed eventuale ricarica dei farmaci e controlli clinici o per terapie antineoplastiche oppure chemioterapia con infusione rapida o prolungata dei farmaci: a seduta	190,00		Non assimilabile alla visita specialistica (prima visita o visite successive) e/o visita radioterapica (pre trattamento e/o rivalutazione). Comprensiva di prestazioni rese dall'intera équipe medica oncologica durante la seduta. Per seduta	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
90	Prestazioni équipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per mono-polichemioterapia antitumorale, con terapia perfusionale: a giornata	290,00		Non assimilabile alla visita specialistica (prima visita o visite successive) e/o visita radioterapica (pre trattamento e/o rivalutazione). Comprensiva di prestazioni rese dall'intera équipe medica oncologica durante la giornata. A giornata	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
91	Prestazioni équipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per infusione di farmaci in cavità naturali con o senza evacuazione di liquidi biologici/patologici o terapia endovesicale con cateterismo, comprensiva di qualsiasi atto medico: unica seduta	520,00		Non assimilabile alla visita specialistica (prima visita o visite successive) e/o visita radioterapica (pre trattamento e/o rivalutazione). Comprensiva di prestazioni rese dall'intera équipe medica oncologica durante l'intero ricovero in regime notturno. Unica seduta	Relazione medica specialistica che specifichi il trattamento
92	Prestazioni équipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: dalla prima alla decima giornata	160,00		Dalla 1° alla 10° giornata. Non assimilabile alla visita specialistica (prima visita o visite successive) e/o visita radioterapica (pre trattamento e/o rivalutazione)	Cartella clinica
93	Prestazioni équipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: oltre la decima giornata	85,00		Dall' 11° giornata. Non assimilabile alla visita specialistica (prima visita o visite successive) e/o visita radioterapica (pre trattamento e/o rivalutazione)	Cartella clinica

SEZIONE L. - MEDICINA IPERBARICA

Premesse specifiche di branca:

La tariffa esposta deve intendersi come onnicomprensiva dell'assistenza medico – chirurgica, infermieristica e/o tecnica ed è riconoscibile, dietro presentazione della prescrizione medica che riporti diagnosi e patologia. Le sedute non sono riconosciute in caso di terapie sperimentali, patologie del cavo orale limitatamente a quelle odontoiatriche.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
94	Medicina iperbarica - costo per seduta singola o collettiva per qualsiasi patologia (qualsiasi durata di tempo) comprensiva dell'assistenza tecnica, medico-chirurgica ed infermieristica	50,00		Per seduta (singola o collettiva)	Prescrizione medico specialista con specifica del numero di sedute

SEZIONE M. - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA RENALE-URETERALE-EPATO-BILIARE

Premesse specifiche di branca:

Tutte le tariffe esposte si applicano a trattamenti completi, compresi dei compensi professionali e dell'uso delle apparecchiature.

Litotripsia - Rene

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
95	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	1.600,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica
96	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	1.800,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica
97	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	2.000,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica
98	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	2.200,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica

Litotripsia - Uretere

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
99	Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	1.800,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica
100	Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	1.900,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica

Litotripsia - Fegato e vie biliari

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
101	Litotripsia extracorporea per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	2.000,00		Limitatamente alla patologia indicate. Trattamento completo	Cartella clinica

SEZIONE N. - TERAPIE

Radioterapia (trattamenti completi salvo quanto espressamente descritto)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe esposte si intendono per seduta, indipendentemente se eseguite ambulatorialmente o in ricovero (diurno o notturno), e fanno riferimento a trattamenti completi, salvo quanto espressamente descritto.

Le tariffe comprendono l'uso delle apparecchiature, la stesura del piano di cura, le visite di controllo (non assimilabili a visite specialistiche) ed i sistemi di verifica durante il trattamento, le dosimetrie in vivo, il mezzo di contrasto e l'assistenza anestesiologicala, i materiali di uso comune, ove necessari, salvo quanto specificatamente

descritto.

Ai fini del rimborso deve essere presentata la seguente documentazione: la prescrizione medica rilasciata dallo specialista oncologo o in radioterapia che specifichi il piano di trattamento e la relazione medica rilasciata dal radioterapista che ha effettuato la seduta, con la specifica del trattamento eseguito.

La “Visita radioterapica pre trattamento” (codice 85735) è riconosciuta nei casi di visita medica effettuata da specialista in radioterapia eseguita prima di cominciare un ciclo di trattamenti radioterapici ed atta all’individuazione della terapia più idonea per la specifica patologia mentre la “Visita radioterapica di rivalutazione” (codice 85736) è riconosciuta nei casi di visita medica effettuata da specialista in radioterapia eseguita dopo il completamento del trattamento e/o nelle fasi intermedie al fine di valutare la situazione clinica del paziente e gli eventuali effetti collaterali derivanti dal trattamento stesso.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
102	Adroterapia (a seduta)	1.500,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Applicabile anche in caso di Protonterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
103	Betaterapia superficiale con radioisotopi artificiali (per seduta)	52,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
104	Brachiterapia interstiziale con impianto permanente di semi radioattivi nella prostata (compreso costo dei semi)	8.400,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Il costo dei semi è compreso nella tariffa. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
105	Brachiterapia (Courieterapia) interstiziale od endocavitaria o coronarica (prima seduta)	3.675,00	Rimborsabile 1 volta solo per la prima seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
106	Brachiterapia (Courieterapia) interstiziale od endocavitaria o coronarica (sedute successive)	840,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia Dalla 2° seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
107	Brachiterapia (Courieterapia) superficiale (apparecchi modellati)	210,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
108	Contornazione del target e degli organi critici per piani 3D, valutazione radioterapica dei piani 3 D e validazione (intero trattamento)	241,00	Rimborsabile Max 1 volta per ciclo di trattamento	Trattamento completo indipendentemente dal numero di sedute. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
109	Contornazione del target e degli organi critici per piani IMRT, valutazione radioterapica dei piani IMRT e validazione (intero trattamento)	550,00	Rimborsabile Max 1 volta per ciclo di trattamento	Trattamento completo indipendentemente dal numero di sedute. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
110	Film di verifica in corso di trattamento (massimo uno a settimana)	84,00	Rimborsabile Max 1 volta a settimana	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
111	Immobilizzazione con casco stereotassico (compreso anestesista)	493,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Compreso prestazione anestesista. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
112	Ipertermia associata alla radioterapia (per seduta)	178,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
113	Irradiazione intraoperatoria (IORT)	3.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
114	Plesioroentgenterapia (per seduta)	40,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
115	Posizionamento di placche per la radioterapia del melanoma coroidale compresa prestazione del medico oculista	1.680,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Compreso prestazione oculista. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
116	Radioterapia conformazionale dinamica con collimatore micro-multi-leaf (per seduta)	157,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
117	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): irradiazione cutanea totale con elettroni (TSEBI)	2.730,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
118	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): irradiazione emicorporea (HBI)	367,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
119	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): panirradiazione (TBI) prima o unica seduta	1.470,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prima o unica seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
120	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): panirradiazione (TBI) frazionata, ogni seduta successiva	147,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
121	Radioterapia IMRT (per seduta)	190,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
122	Radioterapia selettiva interna intraepatica (SIRT)	3.100,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
123	Radioterapia stereotassica (trattamento globale, anche Cyber Knife)	3.150,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Applicabile anche in caso di radiocirurgia stereotassica Gamma Knife. Escluso strumento Cyber Knife. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
124	Radioterapia stereotassica plurifrazionata: prima frazione (anche Cyber Knife)	2.200,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Escluso strumento Cyber Knife. 1° frazione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
125	Radioterapia stereotassica plurifrazionata: frazioni successive (anche Cyber Knife)	550,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta.	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Escluso strumento Cyber Knife. Frazioni successive alla 1°. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
126	Roentgenterapia superficiale non oncologica (per seduta)	25,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
127	Schermatura, modificatori del fascio, sistemi di immobilizzazione personalizzati (unica prestazione)	157,00	Rimborsabile Max 1 volta per ciclo di cura	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
128	Simulazione con fusione di immagini TC e RMN	650,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altri codici di simulazione. Comprensivo di TC e/o RM. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
129	Simulazione del trattamento: mediante RM	400,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altri codici di simulazione. Comprensivo di RM. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
130	Simulazione del trattamento: mediante TAC	300,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altri codici di simulazione. Comprensivo di TC. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
131	Simulazione del trattamento: radiologia tradizionale	170,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altri codici di simulazione. Comprensivo di RX. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
132	Simulazione per radioterapia stereotassica con angiografia	346,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altri codici di simulazione. Comprensivo di Angiografia. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
133	Simulazione per radioterapia stereotassica con TAC	250,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altri codici di simulazione. Comprensivo di TC. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
134	Sistema immobilizzazione per radioterapia 3D e dinamica	262,00	Rimborsabile Max 1 volta per ciclo di cure e per intero trattamento (indipendentemente dal numero di sedute)	Non associabile ad altri codici di sistema di immobilizzazione. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
135	Studio dosimetrico	136,00	Rimborsabile Max 1 a volta a settimana	Non sovrapponibile ad altre voci di Studio dosimetrico. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
136	Telecobaltoterapia cinetica (per seduta)	31,00	Rimborsabile Max 1 a volta a seduta	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
137	Telecobaltoterapia od altre sorgenti gamma - statica (per seduta)	42,00	Rimborsabile Max 1 a volta a seduta	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
138	Terapia con acceleratore lineare fotoni ed elettroni (per seduta)	105,00	Rimborsabile Max 1 a volta a seduta	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
139	Terapia conformazionale per la prostata od altri organi, ove necessaria (per seduta)	136,00	Rimborsabile Max 1 a volta a seduta	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
140	Tomoterapia PET (per seduta)	450,00	Rimborsabile Max 1 a volta a seduta	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
141	Trattamento di termofrequenza mirato (per seduta)	2.625,00	Rimborsabile Max 1 a volta a seduta	Non associabile ad altre tecniche di radioterapia. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
85735	Visita radioterapica pre trattamento	70,00	Rimborsabile max 1 per ciclo di trattamento	Non assimilabile alla visita specialistica e/o non assimilabile alla visita radioterapica di rivalutazione. Prestazione soggetta a limiti	Rilevabile dalla relazione medica relativa al trattamento
85736	Visita radioterapica rivalutazione (massimo 1 a settimana)	35,00	Rimborsabile max 1 a settimana	Non assimilabile alla visita specialistica e/o non assimilabile alla visita radioterapica pre trattamento. Prestazione soggetta a limiti.	Rilevabile dalla relazione medica relativa al trattamento

Trattamenti HIFU per:

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
142	Cancro della prostata – trattamento HIFU	4.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
143	Fibromi e fibromiomi dell'utero – trattamento HIFU	3.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
144	Fibromi della mammella – trattamento HIFU	2.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
145	Sarcoma dei tessuti molli – trattamento HIFU	1.800,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
146	Sarcoma retroperitoneale – trattamento HIFU	5.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
147	Tumore del rene/surrene – trattamento HIFU	5.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
148	Tumore del pancreas – trattamento HIFU	3.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
149	Tumore maligno della mammella – trattamento HIFU	2.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
150	Tumore delle ossa – trattamento HIFU	2.500,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
151	Tumore maggiore del fegato – trattamento HIFU	7.000,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento
152	Tumore minore del fegato – trattamento HIFU	4.500,00	Rimborsabile Max 1 volta a seduta	Non associabile ad altre voci della sezione. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e relazione medica del trattamento

Terapia antalgica - Compensi professionali - Assistenza équipe medica (trattamenti completi - Salvo quanto espressamente descritto)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe sono comprensive dell'assistenza dell'équipe medica (non assimilabile alla visita specialistica) erogata durante il ricovero diurno o notturno o ambulatoriale.

Le prestazioni sotto indicate devono essere certificate/prescritte dal medico specialista in Anestesia e Rianimazione (Terapia intensiva e del Dolore) in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica ed eventuali procedure eseguite/prescritte da medici di diversa specializzazione saranno soggette a valutazione da parte del Fondo.

Per Infiltrazioni peridurali/paravertebrali profonde con miscela di ossigeno-ozono (O₂O₃) per ernie discali/protrusioni discali fare riferimento al codice 1041 della sezione O - Neurochirurgia.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
153	Alcolizzazione del nervo laringeo superiore	250,00	Rimborsabile Max 1 sola volta	Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica e verbale di sala operatoria
154	Alcolizzazione per neuroma di Morton	200,00	Rimborsabile Max 1 sola volta	Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia in Radiologia Interventistica. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
155	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia epidurale sacrale continua (per il primo giorno di trattamento)	115,00		Rimborso 1° giorno di trattamento. Eseguito da specialista in anestesia e terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e specifica del numero di sedute per il trattamento. Verbale di sala operatoria
156	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia epidurale sacrale continua (per ogni giorno successivo)	110,00		Rimborso dal 2° giorno di trattamento. Eseguito da specialista in anestesia e terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e specifica del numero di sedute per il trattamento. Verbale di sala operatoria
157	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia peridurale continua (per il primo giorno di trattamento)	160,00		Rimborso 1° giorno di trattamento. Eseguito da specialista in anestesia e terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e specifica del numero di sedute per il trattamento. Verbale di sala operatoria
158	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia peridurale continua (per ogni giorno successivo)	105,00		Rimborso dal 2° giorno di trattamento. Eseguito da specialista in anestesia e terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e specifica del numero di sedute per il trattamento. Verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
159	Blocchi analgesici e di nervi periferici: branche trigeminali	155,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e specifica del numero di sedute per il trattamento. Verbale di sala operatoria
160	Blocchi analgesici e di nervi periferici: ganglio di Gasser, ganglio del simpatico lombare, ganglio celiaco	230,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
161	Blocchi analgesici e di nervi periferici: ganglio sfenopalatino, ganglio stellato	210,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
162	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi cervicali	150,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
163	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi cranici	200,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
164	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi del simpatico lombare	130,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica. Applicabile nei casi di trattamento dei nervi spinali lombari.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
165	Blocchi analgesici e di nervi periferici: nervi intercostali	150,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
166	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi spinali dorsali	125,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
167	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervo otturatorio	150,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
168	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): blocco subaracnoideo	450,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
169	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): blocco trans-sacrale	300,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
170	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): denervazione faccette articolari vertebrali	300,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
171	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): ganglio di Gasser	350,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
172	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): impianto elettrodi midollari per elettrostimolazione	350,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
173	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): impianto elettrodi per elettrostimolazione percutanea in spazio peridurale	250,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
174	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): infiltrazione anestetica faccette articolari vertebrali	230,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
175	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): nervi cervicali	230,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
176	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): nervi cranici	250,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
177	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): plesso celiaco	600,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
178	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): simpatico cervicale o lombare	400,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica.	Prescrizione medica con diagnosi e verbale di sala operatoria
3197	Neurolisi con radiofrequenza pulsata delle radici spinali (a seduta, qualsiasi tratto)	300,00	Rimborsabile Max 5 sedute l'anno	Per seduta. Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore e/o in Radiologia interventistica, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia.. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica e verbale di sala operatoria
179	Blocco dell'ipofisi	1.000,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore e/o neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Cartella clinica e verbale di sala operatoria
180	Cateterismo plessico per blocco continuo	600,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Cartella clinica e verbale di sala operatoria
181	Impianto di elettrostimolatore midollare, intervento di	2.200,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, Radiologia interventistica e/o neurochirurgia	Cartella clinica e verbale di sala operatoria
182	Infiltrazione peridurale per lombalgia (qualsiasi medicinale, escluso ozonoterapia)	100,00	Rimborso Max 5 infiltrazioni l'anno	Per seduta. Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica e verbale di sala operatoria
183	Lisi peridurale (peridurolisi con catetere di Racz)	1.800,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore e/o neurochirurgia, in Radiologia Interventistica.	Cartella clinica e verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
184	Posizionamento di dispositivo totalmente impiantabile per la somministrazione di farmaci intratecale/subaracnoidea	5.500,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica	Cartella clinica e verbale di sala operatoria
185	Somministrazione di farmaco subaracnoideo/intratecale (test di prova)	200,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore in Neurochirurgia, in Radiologia Interventistica	Prescrizione medica e verbale di sala operatoria
186	Sostituzione di elettrostimolatore midollare	1.000,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, Radiologia interventistica e/o neurochirurgia	Prescrizione medica e verbale di sala operatoria
187	Terapia antalgica mediante infusione endovenosa (per ogni giornata di trattamento in regime di ricovero notturno)	100,00		Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia	Cartella clinica

Terapie con radionuclidi (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe per le terapie sottoelencate sono comprensive dei compensi per le prestazioni professionali, di esami scintigrafici, dei materiali specifici e dei medicinali.

Le tariffe non comprendono la retta di degenza giornaliera notturna o in day hospital (diurna) e l'uso della speciale stanza attrezzata e dedicata alle terapie radiometaboliche (si veda codice 6 - Sezione C).

Ai fini del rimborso deve essere presentata la seguente documentazione: cartella clinica in cui sia rilevabile la diagnosi di ammissione e la diagnosi di dimissione.

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
188	Feocromocitomi maligni e neuroblastomi - con 131I - MIBG - trattamento completo - in regime di ricovero notturno	1.100,00		Trattamento completo	Cartella clinica
189	Radiosinoviortesi - trattamento completo per un distretto articolare - in regime di day hospital	600,00		Trattamento completo per un distretto articolare	Cartella clinica
190	Radiosinoviortesi - trattamento completo per più distretti articolari - in regime di day hospital	900,00		Trattamento completo per più distretti articolari	Cartella clinica
191	Terapia del dolore da metastasi ossee - trattamento completo - in regime di day hospital - unica seduta	2.700,00		Trattamento completo. Unica seduta	Cartella clinica
192	Terapia radiometabolica delle neoplasie tiroidee - trattamento completo - in regime di ricovero notturno	1.700,00		Trattamento completo	Cartella clinica
193	Terapia radiometabolica per patologia tiroidea tireotossica (ipertiroidismo) - trattamento completo	400,00		Trattamento completo	Cartella clinica

SEZIONE O. - INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO, IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY) O AMBULATORIALE (vedere anche le "Avvertenze" valide per tutte le branche della Sezione O)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe di intervento comprendono:

- le prestazioni professionali dell'équipe medico-chirurgica (operatore/i, aiuti, assistenti, anestesisti, tecnici ecc.) che ha partecipato all'atto operatorio (rilevabile dal verbale della sala operatoria e dalla cartella clinica stessa);
- l'assistenza prestata dall'intera équipe medico-chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni, indipendentemente dalla tipologia di intervento/prestazione e dal regime in cui lo stesso viene eseguita;
- l'anestesia (qualsiasi tipologia), sedazione e/o sedazione cosciente;
- gli strumenti/apparecchiature e quanto necessario per l'esecuzione delle procedure stesse (materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiature), salvo quanto compreso nelle tariffe di sala operatoria (Sezione G) e salvo quanto esposto nel paragrafo "strumenti ad alto costo" - Sezione G.
- tutte le fasi dell'intervento secondo le procedure standard adottate dalla tecnica chirurgica.

Eventuali stand by (qualsiasi tipologia) di operatori e/o sale sono identificati da appositi codici da sommare ai rispettivi interventi laddove non diversamente specificato.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, eseguiti nella stessa seduta operatoria (indipendentemente dai tempi chirurgici/operatori partecipanti all'équipe), anche se la via di accesso è diversa viene applicata la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per gli altri interventi la tariffa massima si intende ridotta del 50%. Tale regola si applica indipendentemente dal regime di erogazione dell'intervento (ricovero notturno/diurno/ambulatoriale) e dalla tipologia/tecnica di esecuzione dello stesso. In tali casi il codice di rimborso della sala operatoria viene identificato sommando la tariffa relativa all'intervento principale (o più oneroso) con il 50% della tariffa dell'intervento concomitante.

In tutti i casi il tipo di intervento eseguito deve risultare dal verbale di sala operatoria (da cui si deve rilevare anche eventuale strumentazione particolare) e dalla cartella clinica.

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici minori eseguiti ambulatorialmente (sala ambulatoriale – codice 53) è indispensabile produrre opportuna e dettagliata certificazione/relazione su carta intestata, rilasciata dal medico, circa il tipo di intervento praticato.

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici più complessi in regime ambulatoriale che richiedono la sicurezza di un blocco operatorio può essere riconosciuta la sala operatoria ambulatoriale (codice 56071).

In caso di interventi classificabili come "eseguibili ambulatorialmente" sarà riconosciuto l'uso della sala ambulatoriale (ambulatoriale codice 53/operatoria ambulatoriale codice 56071) e non anche la degenza.

Nei casi in cui le condizioni clinico assistenziali dell'Assistito richiedano l'erogazione della prestazione "eseguibile ambulatorialmente" in regime di ricovero, dovrà essere allegata una relazione medica dettagliata che evidenzi il quadro sistemico critico per la salute del paziente che ha reso necessario l'esecuzione delle procedure in regime di ricovero.

Per ottenere il riconoscimento del rimborso previsto per gli interventi di asportazione di tumori maligni, eseguiti in regime ambulatoriale, è obbligatorio inoltrare il referto dell'esame istologico, necessario per determinare la natura della neoformazione. Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, anche per gli interventi di asportazione tumori maligni, la fotografia pre e post intervento. Senza tale documentazione la procedura potrebbe essere individuata come di natura benigna. Per gli interventi di asportazione neoformazioni benigne è sempre obbligatorio, oltre la copia della cartella clinica/relazione medica, l'inoltro delle fotografie pre e post intervento. L'eventuale conversione intraoperatoria da "procedura chiusa" a "procedura a cielo aperto" prevede il riconoscimento della sola tecnica con la quale viene terminato l'intervento, ovvero viene riconosciuta una sola procedura.

Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico.

Il prelievo biotipico (biopsia diversa da esame istologico) deve intendersi come indipendentemente dal numero di prelievi/frammenti prelevati nella medesima seduta, ovvero è rimborsabile una sola volta a seduta chirurgica se effettuata sullo stesso organo, tessuto interno o porzione di cute.

Si precisa che sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione.

Sono escluse dal rimborso: tutte le cure, gli atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti connessi ad

infertilità, sterilità, impotenza, frigidity e/o a tutte queste riconducibili salvo quanto esplicitamente previsto dal Nomenclatore tariffario in vigore; tutte le cure e/o atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti di natura estetica e/o a questa riconducibile e/o conseguenti ad eventuali precedenti terapie/cure e quant'altro specificato e/o riconducibile alle esclusioni.

Il Fondo, qualora ravvisasse la necessità di ulteriori approfondimenti nell'ambito dei previsti e consueti controlli, si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta. Si invita, pertanto, a provvedere anticipatamente all'esecuzione di fotografie pre e post intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi, con particolare riferimento agli interventi di chirurgia generale, dermatologia, plastica ricostruttiva ed oculistica.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Non sono ammesse autonome codifiche per similitudine delle prestazioni/cure effettuate.

Cardiologia (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
194	Stand by cardiocirurgico (presenza intera équipe) per interventi di cardiologia interventistica, salvo i casi descritti in cui il compenso è già compreso nelle tariffe esposte	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala
195	Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala
196	Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
197	Cardiologia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
198	Cardiologia a cuore chiuso (senza C.E.C.) in età adulta o neonatale - interventi di, salvo gli interventi descritti	4.600,00		Applicabile anche per le procedure TAVI	Cartella clinica con verbale di sala
199	Cisti del cuore o del pericardio	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala
200	Commisurotomia per stenosi mitralica	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
201	Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala
202	Drenaggio pericardico	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala
203	Embolectomia con Fogarty	570,00			Cartella clinica con verbale di sala
204	Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
205	Fistole arterovenose del polmone, interventi per	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
206	Massaggio cardiaco interno	260,00			Cartella clinica con verbale di sala
207	Pericardiectomia parziale	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala
208	Pericardiectomia totale	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
209	Pericardiocentesi	350,00			Cartella clinica con verbale di sala
210	Pericardiotomia comprese biopsie multiple - per versamento	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
211	Reintervento con ripristino di C.E.C.	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
212	Riapertura del pericardio per sanguinamento	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
213	Rimozione di punti metallici sternali, toilette chirurgica ed eventuale trattamento di fistole cutanee	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala
214	Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala
215	Sostituzione valvolare in chirurgia mini invasiva (heart port)	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala
216	Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala
217	Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarici (C.E.C.)	9.500,00			Cartella clinica con verbale di sala
218	Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00			Cartella clinica con verbale di sala
219	Valvuloplastica cardiocirurgica	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala

Cardiologia interventistica (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
220	Ablazione transcateretere	3.200,00		Comprensivo dello studio elettrofisiologico endocavitario	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
221	Alcolizzazione settale compresa coronarografia	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
222	Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensiva di studio coronarografico, di eventuale stand-by cardiocirurgico ed applicazione di stents	3.000,00		Comprensivo di eventuale stand-by cardiocirurgico. Comprensivo di studio coronarografico. Comprensivo dell'applicazione di eventuale stents (esclusi stents).	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
223	Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva di studio coronarografico, di eventuale stand-by cardiocirurgico ed applicazione di stents	3.500,00		Comprensivo di eventuale stand-by cardiocirurgico. Comprensivo di studio coronarografico. Comprensivo dell'applicazione di eventuale stents (esclusi stents).	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
224	Biopsia endomiocardica destra	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
225	Biopsia endomiocardica sinistra	820,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
226	Cateterismo destro e sinistro e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	2.500,00		Comprensivo di coronarografia e ventricolografia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
227	Chiusura percutanea di forame ovale pervio/difetto interatriale	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
228	Controllo elettronico del pace maker e/o defibrillatore (ICD) impiantato (compresa consulenza ingegnere) in fase successiva all'impianto	130,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Comprensivo di ECG e consulenza ingegnere	IN REGIME AMBULATORIALE: relazione medica con specifica della procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
229	Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
230	Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di bypass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
231	Defibrillatore (ICD) con o senza pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di dispositivo temporaneo	4.000,00		Trattamento completo comprensivo: di impianto elettrodi, confezionamento tasca, eventuale elettrodo transvenoso, procedure intraoperatorie di controllo e programmazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
232	Defibrillazione elettrica terapeutica per interruzione aritmie (cardioversione)	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
233	Impianto ed espianto di loop-recorder sottocutaneo	800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
234	Mappaggio elettromeccanico endocavitario, compreso il riposizionamento e/o rimozione di elettrocateri ventricolari, qualsiasi metodica	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
235	Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateri e programmazione elettronica del pace maker	3.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
236	Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	1.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
237	Revisione tasca di pacemaker/ICD per decubito generatore (con sostituzione del generatore e riposizionamento degli elettrocateri)	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
238	Riprogrammazione elettronica del pace maker e/o defibrillatore (ICD) con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: relazione medica con specifica della procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
239	Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica	4.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
240	Sostituzione generatore pace maker definitivo	1.300,00		Qualsiasi strumento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
241	Sostituzione generatore di defibrillatore impiantabile	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
242	Stand by cardiocirurgico (presenza intera équipe) salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
243	Studio elettrofisiologico endocavitario	2.000,00		Non associabile all'Ablazione transcatetere	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
244	Valvuloplastica non cardiocirurgica	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia della mammella (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Tutti i compensi degli interventi di chirurgia demolitiva sono comprensivi della ricostruzione plastica mammaria concomitante (escluse protesi). Se la relativa ricostruzione plastica mammaria (sempre escluse protesi) viene eseguita in un secondo tempo (ricovero successivo) potranno essere riconosciuti i relativi codici di ricostruzione della presente branca o della branca di Chirurgia Plastica Ricostruttiva.

I compensi degli interventi di chirurgia conservativa non ricomprendono quelli della ricostruzione plastica mammaria salvo esplicita esposizione nel codice stesso.

Il rimborso dell'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria viene riconosciuto solo in seguito ad interventi di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse tutte le prestazioni con finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o da queste conseguenti.

Per la "Protesi mammaria" fare riferimento al codice 32 nella Sezione E – Presidi e Protesi.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
245	Agoaspirato ecoguidato noduli mammari – compresa ecografia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compresa ecografia	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
246	Ascesso mammario, incisione di	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
247	Asimmetria mammaria controlaterale dopo chirurgia oncologica, correzione chirurgica di (qualsiasi tecnica)	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
248	Biopsia incisionale/escissionale stereotassica	1.650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
249	Espansione tissutale di esiti cicatriziali post-chirurgia demolitiva per introduzione di protesi mammaria (trattamento completo)	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
250	Linfoadenectomia ascellare (come unico intervento)	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
251	Linfoadenectomia mammaria interna (come unico intervento)	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
252	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo) (come unico intervento)	2.200,00		Comprensivo della prestazione del medico nucleare/radiologo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
253	Lipostruttura mammaria dopo chirurgia oncologica e/o radioterapia mono o bilaterale (trattamento completo)	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
254	Mammotome (compresa prestazione del medico radiologo)	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Comprensiva della prestazione del medico radiologo.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
255	Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfoadenectomie associate	7.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
256	Mastectomia semplice totale con eventuali linfoadenectomie	6.000,00		Indipendentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
257	Mastectomia sottocutanea (trattamento completo)	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
258	Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di (compresa ricostruzione plastica mammaria)	2.800,00		Non associabile a voci relative alla ricostruzione plastica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
259	Posizionamento di punti di repere o fiduciali (come unica prestazione)	300,00		Applicabile anche nei casi di tumori relativi ad altre sedi anatomiche. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
260	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfoadenectomie associate, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)	6.500,00		Comprensivo della prestazione del medico nucleare/radiologo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
261	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfoadenectomie associate	6.000,00		Comprensivo della prestazione del medico nucleare/radiologo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
262	Quadrantectomia, compresa tecnica "NIPPLE-SPARING", senza linfoadenectomie associate	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
263	Ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica (come fase dell'intervento principale)	400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
264	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.500,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
265	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.000,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
266	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	3.800,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
267	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)	3.800,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
268	Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)	5.800,00		Comprensivo della prestazione del medico nucleare/radiologo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
269	Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella e linfoadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)	6.500,00		Comprensivo della prestazione del medico nucleare/radiologo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia della mano (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Per trattamento completo s'intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale.

Per le prestazioni non espressamente riportate nella presente sezione si rinvia alla consultazione delle branche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
270	Amputazioni carpali	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
271	Amputazioni falangee	1.000,00		Limitatamente ad interventi sulla mano	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
272	Amputazioni metacarpali	1.450,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
273	Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3189	Fasciotomia percutanea per malattia di Dupuytren	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
274	Artrodesi carpale	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
275	Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
276	Artroplastica	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
277	Artroprotesi carpale	3.400,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
278	Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	2.600,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
279	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1.000,00		Limitatamente ad interventi sulla mano	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
280	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00		Limitatamente ad interventi sulla mano	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
281	Deformità ad asola della mano	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
282	Dito a martello della mano	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
283	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	2.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente indipendentemente dal numero	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettano la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
284	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente indipendentemente dal numero	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
285	Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	2.500,00			IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
286	Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
287	Lembi cutanei microchirurgici	4.200,00			IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
288	Lesioni cutanee, ricostruzioni di (plastica V/Y, Y/V, Z)	750,00		Limitatamente a lesioni della mano e/o delle dita della mano. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
289	Lesioni nervose traumatiche e non, della mano	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
290	Lesioni tendinee della mano, intervento per tenorrafie	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
291	Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
292	Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti	980,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
293	Osteotomie (come unico intervento)	2.500,00		Limitatamente ad interventi sulla mano ed indipendentemente dal numero	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
294	Pseudoartrosi delle ossa lunghe	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
295	Pseudoartrosi dello scafoide carpale	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
296	Reimpianto di elementi distali della mano	1.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
297	Ricostruzione di puleggia tendinea	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
298	Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
299	Rigidità delle dita	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
300	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	5.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
301	Rizoartrosi	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
302	Sindromi canalicolari trattamento completo (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	1.300,00			IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
303	Sinoviectomia (come unico intervento)	1.300,00		Come unico intervento (altrimenti compreso nei trattamenti completi)	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
304	Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
305	Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia del piede (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Per trattamento completo s'intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale.

Per le prestazioni non espressamente riportate nella presente sezione si rinvia alla consultazione delle branche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
306	Alluce rigido compresa correzione chirurgica delle deformità interfalangee associate compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.600,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
307	Alluce valgo compresa correzione chirurgica delle deformità interfalangee associate compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.600,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
308	Amputazione tarsali	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
309	Amputazioni falangee	1.000,00		Limitatamente ad interventi sul piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
310	Amputazioni metatarsali	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
311	Aponeurectomia plantare	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
312	Artrodesi metatarso-falangea	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
313	Artrodesi di ossa del tarso (sottoastragalica isolata; sottoastragalica e astragalo-scafo-cuneiforme; astragalo-scafoidea e astragalo-scafo-cuneiforme, Lisfranc; etc.)	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
314	Artrodesi di tibio-tarsica (tibio-tarsica e sottoastragalica; tibio-tarsica e sottoastragalica e cheiloplastica; etc.)	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
315	Artroprotesi tibio-tarsica (trattamento completo)	6.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
316	Asportazione di osso scafoideo accessorio	800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
317	Calcaneo stop	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
318	Cisti sinoviali, asportazione di	900,00		Limitatamente ad interventi sul piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
319	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1.000,00		Limitatamente ad interventi sul piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
320	Correzione di piede piatto, parti molli e/o ossei	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
321	Correzione di piede torto congenito, parti molli e/o ossee	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
322	Deformità ad asola delle dita del piede	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
323	Dito a martello del piede compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.300,00		Trattamento completo. Escluso protesi	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettano la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
324	Fasciotomia plantare con asportazione di sperone calcaneare	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
325	Frattura bimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento ed eventuale sutura capsulo-legamentosa	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
326	Frattura calcagno trattamento cruento con o senza innesto	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
327	Frattura isolata di malleolo tibiale trattamento cruento	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
328	Frattura isolata di malleolo peroneale trattamento cruento	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
329	Frattura trimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
330	Fratture astragalo trattamento cruento	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
331	Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	2.400,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
332	Lisi della sindesmosi tibio peroneale distale	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
333	Neuroma di Morton, intervento chirurgico per	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
334	Reimpianto di elementi distali del piede	1.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
335	Riallineamento metatarsale con osteotomie metatarsali multiple	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
336	Sindromi canalicolari del piede	1.800,00			IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica
337	Lesione dei retinacoli, intervento per sutura o ricostruzione	1.000,00		Limitatamente ad interventi sul piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
338	Tenoplastiche	1.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
339	Teno-vaginolisi (come fase dell'intervento principale)	300,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
340	Teno-vaginolisi (come unico intervento)	1.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
341	Trasposizioni e trapianti tendinei	2.250,00		Limitatamente ad interventi sul piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
342	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni nell'ambito delle ossa del tarso e del metatarso	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
343	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni delle falangi	1.600,00		Limitatamente ad interventi sul piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia dermatologica - Crioterapia - Laserterapia (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

La mappa nevica è compresa nella visita specialistica e/o cure e/o prevenzione tumori della pelle.

Sono esclusi tutti i trattamenti estetici (peeling, dermoabrasione, filler ed altro) e/o quanto a questi riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetiche pur se le prestazioni risultano esposte nella presente sezione.

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

In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto (nei limiti della spesa effettivamente sostenuta), è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico (senza il quale la procedura potrebbe essere individuata come di natura benigna). Per le neoformazioni di natura benigna è obbligatorio l'inoltro delle fotografie pre e post intervento.

Per "unica seduta" si intende indipendentemente dalla localizzazione (parte corpo) e dal numero di asportazioni e la tariffa deve ritenersi comprensiva di tutte le competenze e fasi procedurali.

La dermoabrasione è assimilabile unicamente al codice/prestazione della diatermocoagulazione e/o crioterapia (codice 346).

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, indipendentemente dalla localizzazione, i trattamenti laser

e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi.

Per le prestazioni non espressamente riportate nella presente sezione si rinvia alla consultazione della Branca Chirurgia generale (interventi chirurgici minori) e Chirurgia plastica ricostruttiva.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
344	Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose del tronco/arti della testa esclusi angiomi, spider nevi ed inestetismi (unica seduta)	150,00	Rimborsabile max 5 volte l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non sovrapponibile ad altra crioterapia o diatermocoagulazione Unica seduta. Prestazione soggetta a limiti	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Fotografia pre e post intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica. Fotografia pre e post intervento
346	Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni di natura non virale eccetto i casi descritti (a seduta)	50,00	Rimborsabile max 5 volte l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non sovrapponibile ad altra crioterapia o diatermocoagulazione. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Fotografia pre e post intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica. Fotografia pre e post intervento
348	Epiluminescenza digitale, qualsiasi apparecchiatura compreso visita dermatologica	100,00	Rimborsabile max 1 volta ogni 2 anni. Non rimborsabile nello stesso anno del pacchetto prevenzione tumori della pelle. Non si somma alla visita specialistica.	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Qualsiasi apparecchiatura. Prestazione soggetta a limiti.	
349	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico radiologo/nucleare) - come unico intervento	2.200,00		Comprensiva prestazione del medico radiologo/nucleare	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
350	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	650,00		Per riparazioni fino a 5 cm. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
351	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.500,00		Per riparazioni superiori ai 5 cm. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
3190	Terapia Fotodinamica di tumori cutanei maligni o lesioni precancerose - a seduta	75,00		Indipendentemente dal numero di lesioni trattate nella singola seduta. A seduta. Prestazione eseguibile ambulatorialmente.	Prescrizione medica specialista e relazione medica che dettagli la procedura.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
352	Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) - a seduta indipendentemente dalla tipologia di alterazione cutanea virale e/o del numero di alterazioni trattate per seduta (massimo 5 sedute l'anno)	75,00	Rimborsabile max 5 sedute l'anno.	Prestazione eseguibile ambulatorialmente, indipendentemente dalle lesioni trattate nella singola seduta; Non sovrapponibile ad altra crioterapia o diatermocoagulazioni o altri trattamenti laser. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post trattamento
354	Tumore profondo maligno cutaneo, asportazione allargata con riparazione di PSC (comprese linfadenectomie)	2.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Applicabile anche in caso di radicalizzazione in seduta successiva all'intervento di asportazione	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
355	Tumore profondo maligno cutaneo, asportazione allargata con riparazione di PSC (senza linfadenectomie associate)	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Applicabile anche in caso di radicalizzazione in seduta successiva all'intervento di asportazione	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
356	Tumore superficiale maligno cutaneo di tronco/arti, intervento chirurgico per	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità.
357	Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti o lipomi tronco/arti, verruche, asportazione di	165,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento
358	Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo, comprensivo di tutte le sedute)	300,00	Rimborsabile Max 1 volta per neoformazione	Non sovrapponibile ad altri trattamenti relativi alla medesima neoformazione. Eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità
359	Tumore profondo maligno cutaneo della testa, asportazione di	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
360	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/ arti, asportazione di	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
361	Tumore superficiale maligno cutaneo della testa, intervento chirurgico per	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzia la malignità.
362	Tumore superficiale o cisti benigna della testa, intervento chirurgico per	240,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento

Chirurgia generale (trattamenti completi)

Interventi chirurgici minori

Premesse specifiche di branca:

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

Le medicazioni (semplici e/o avanzate) per qualsiasi tipologia di ferita o per ulcera cutanea di qualsiasi natura non sono rimborsabili se eseguite in regime ambulatoriali, mentre in regime di ricovero (qualsiasi) sono comprese nelle relative procedure.

In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico (senza il quale la procedura potrebbe essere individuata come di natura benigna). Per le neoformazioni di natura benigna è obbligatorio l'inoltro delle fotografie pre e post intervento.

Ai fini del rimborso, oltre la fattura, va allegata la cartella clinica con verbale di sala operatoria per procedure eseguite in regime di ricovero oppure relazione medica con la descrizione dettagliata dell'intervento per procedure eseguite ambulatorialmente (con verbale di sala operatoria se eseguite procedure ambulatoriali in sala operatoria).

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali; per tumori extracavitari: il tumore del muscolo scheletrico, il tumore o la lesione simil tumorale.

Per la voce di "Infiltrazioni fattori di crescita" fare riferimento alla Sezione Q - "Terapie Manu Medica".

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
363	Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	210,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
364	Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti nelle rispettive sezioni	85,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
365	Ascesso o flemmone diffuso, incisione di	370,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
366	Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, trattamento chirurgico radicale di	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
367	Ascesso o flemmone superficiale e circoscritto, incisione di	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
368	Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti nelle rispettive sezioni	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
369	Chiusura di fistola artero-venosa iatrogena	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
370	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica.
371	Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Applicabile anche nei casi di tumore benigno profondo	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
372	Corpo estraneo superficiale, estrazione di	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
373	Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
374	Ematoma superficiale, svuotamento di	95,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
375	Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
376	Espianto di catetere peritoneale	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
377	Espianto di CVC (come unica prestazione)	110,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
378	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione)	340,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
379	Ferita profonda della faccia, sutura di	630,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
380	Ferita profonda, sutura di	340,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
381	Ferita superficiale della faccia, sutura di (escluse quelle di pertinenza oculistica)	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
382	Ferita superficiale, sutura di (escluse quelle di pertinenza oculistica)	125,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
383	Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	525,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
384	Fistola cutanea, trattamento chirurgico radicale di	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
385	Idrosadenite, trattamento chirurgico per	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
386	Impianto chirurgico di catetere peritoneale	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
387	Impianto di CVC (come unica prestazione)	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
388	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	680,00		Compresa eventuale ecografia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
390	Patereccio profondo ed osseo, intervento per	190,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
391	Patereccio superficiale, intervento per	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
392	Tumore profondo extracavitario, asportazione di	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
393	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/ arti, asportazione di	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzi la malignità. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
394	Tumore superficiale maligno cutaneo di tronco/ arti, asportazione di	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzi la malignità
395	Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti o lipomi tronco/arti, verruche, asportazione di	165,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento
396	Ulcere cutanee e/o piaghe da decubito, toilette chirurgica in sedazione profonda (compresa necrosectomia).	700,00		Applicabile anche ai casi eseguiti in sedoanalgesia. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
397	Unghia incarnita, asportazione di (compresa plastica - trattamento completo)	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura

Collo

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
398	Agoaspirato/agobiopsia ecoguidata per noduli tiroidei - compresa ecografia	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compresa ecografia.	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
399	Alcolizzazione percutanea ecoguidata di noduli tiroidei - compresa ecografia	310,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compresa ecografia	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
400	Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	370,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
401	Biopsia prescalenica	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
402	Cisti o fistola congenita, asportazione di	1.550,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
403	Fistola esofago-tracheale, intervento per	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
404	Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	3.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
405	Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	4.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
406	Linfoadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)	3.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
407	Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico (come unico intervento)	1.600,00		Applicabile anche nei casi di altre sedi anatomiche. Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
408	Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	4.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
409	Paratiroidi, reinterventi	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
410	Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
411	Tiroide, lobectomie	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
412	Tiroidectomia subtotale	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
413	Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
414	Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
415	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale	5.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
416	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale	5.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
417	Tracheostomia, chiusura e plastica	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
418	Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
419	Tracheotomia con tracheostomia di elezione	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
420	Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	2.040,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
421	Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Esofago

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
422	Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
423	Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
424	Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
425	Esofagite, ulcera esofagea (compresa plastica antireflusso e/o vagotomia), intervento per	3.360,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
426	Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
427	Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
428	Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	11.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
429	Esofagomiotomia (anche endoscopica - come unico intervento)	2.600,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
430	Esofagostomia (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
431	Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
432	Megaesofago, intervento per	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
433	Megaesofago, reintervento per	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
434	Protesi endo - esofagee, collocazione di	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
435	Sondaggio esofageo per dilatazione graduale - prima seduta	350,00		Non associabile alla esofagogastroduodenoscopia (pacchetto o concomitante)	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
436	Sondaggio esofageo per dilatazione graduale - sedute successive	200,00		Non associabile alla esofagogastroduodenoscopia (pacchetto o concomitante)	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
437	Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
438	Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
439	Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Stomaco - Duodeno

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
440	Bendaggio gastrico per il trattamento dell'obesità patologica, qualsiasi tecnica	3.600,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
441	Dumping syndrome, interventi di riconversione per	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
442	Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso e/o plastica dei plastrici diaframmatici)	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
443	Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
444	Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
445	Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
446	Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata	12.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
447	Gastrectomia totale per patologia benigna	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
448	Impianto di neuromodulatore gastrico per via laparoscopica	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3191	Intervento di sleeve gastrectomy per obesità patologica	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
449	Piloroplastica (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
450	Posizionamento di BIB (Bioenterics Intra-gastric Ballon) per obesità patologica	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3192	Posizionamento o rimozione di Obalon intragastrico	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettano la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
451	Resezione gastro duodenale	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
452	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
453	Rimozione di BIB (Bioenterics Intra-gastric Ballon) per obesità patologica	680,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettano la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
454	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
455	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica (come fase di intervento principale)	600,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
456	Varici gastriche (emostasi chirurgica)	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano

Premesse specifiche di branca:

Per trattamenti terapeutici iniettivi s'intendono: il trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali (limitatamente a queste) ed il trattamento con sclerosanti per le emorroidi (limitatamente a queste).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
457	Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo	8.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
458	Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
459	Anoplastica e perineoplastica (come unico intervento)	3.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
460	Appendicectomia con peritonite diffusa	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
461	Appendicectomia semplice a freddo (qualsiasi tecnica)	2.700,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
462	Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
463	Ascesso perianale, intervento per	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
464	Bypass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
465	Bypass intestinali per il trattamento obesità patologica	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
466	Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
467	Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
468	Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
469	Colectomia totale (compresa eventuale stomia)	6.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
470	Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
471	Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	3.900,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
472	Condilomi acuminati perineali-anali, intervento chirurgico per (qualsiasi tecnica, trattamento completo)	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Qualsiasi tecnica. Qualsiasi numero	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
473	Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
474	Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	5.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
475	Corpi estranei dal retto, estrazione per via naturale semplice di	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
476	Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
477	Corpi estranei del retto, estrazione con sfinterotomia di (compresa anoplastica)	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
478	Digiunostomia (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
479	Diverticoli di Meckel, resezione di	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
480	Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	2.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
481	Emicolectomia destra con linfadenectomie	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
482	Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
483	Emorroidi (criochirurgia o diatermocoagulazione trattamento completo)	950,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
484	Emorroidi (laserchirurgia trattamento completo)	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
485	Emorroidi e ragadi (criochirurgia trattamento completo)	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
486	Emorroidi e ragadi (laserchirurgia trattamento completo)	1.300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
487	Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica, qualsiasi apparecchiatura / strumentazione	2.000,00		Qualsiasi metodica/ apparecchiatura/ strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3193	Confezionamento di colostomia continente (come unico intervento)	2.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
488	Emorroidi: trattamenti terapeutici iniettivi e/o legatura elastica - a seduta	80,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
489	Emorroidi, intervento chirurgico radicale (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica, qualsiasi apparecchiatura / strumentazione	2.000,00		Qualsiasi metodica/ apparecchiatura/ strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
491	Enterostomia (come unico intervento)	2.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
492	Fistola anale extrasfinterica	1.400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
493	Fistola anale intrasfinterica	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
494	Fistole anali (laserchirurgia, trattamento completo)	900,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
495	Incontinenza anale, intervento chirurgico per (trattamento completo)	2.700,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
496	Intestino tenue, resezione parziale del	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
497	Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
498	Megacolon, intervento per	5.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
499	Megacolon: colostomia	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
500	Mikulicz, estrinsecazione sec.	1.650,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
501	Nodulo fibroplastico dell'ano, marisca, asportazione di	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
502	Polipectomia retto-colon per via laparotomica	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
503	Polipo rettale per via transanale, asportazione di (come unico intervento) - qualsiasi tecnica, qualsiasi strumentazione/apparecchiatura	700,00		Come unico intervento. Qualsiasi tecnica/ apparecchiatura/ strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
504	Posizionamento protesi del colon	930,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
505	Posizionamento protesi del retto	800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
506	Procto-colectomia totale con pouch ileale	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
507	Prolasso rettale compreso trattamento emorroidi, intervento transanale per (come unico intervento) - qualsiasi tecnica - qualsiasi strumentazione/apparecchiatura	3.800,00		Come unico intervento. Qualsiasi tecnica/ apparecchiatura/ strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
508	Prolasso rettale e/o vaginale, riduzione manuale di	120,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
509	Prolasso uro-genitale e rettale o colpo-vescico-rettopessia (qualsiasi via di accesso) – intervento per	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
510	Ragade anale, trattamento con tossina botulinica (come unico intervento - massimo 2 volte l'anno)	100,00	Rimborsabile Max 2 l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
511	Prolasso rettale compreso trattamento emorroidi, intervento laparotomico per	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
512	Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
513	Ragadi, criochirurgia per (trattamento completo)	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
514	Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
515	Resezione del sigma-retto per patologia benigna	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
516	Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
517	Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
518	Revisione di colostomia, intervento chirurgico di	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
519	Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale	5.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
520	Sfinterotomia (come unico intervento)	1.100,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
521	Stricturoplastiche e/o intervento chirurgico per fistole intestinali (biliari, colo-coliche, etc.)	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
522	Tumore maligno del retto, per via trans-ale o con microchirurgia endoscopica trans-ale (TEM), asportazione di	6.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
523	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)	3.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
524	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)	1.000,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Parete addominale

Premesse specifiche di branca:

Gli interventi di Ernia Inguinale Recidiva, Ernia Inguinale Semplice ed Ernia Inguinale Strozzata sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", si rimanda alla Sezione V – "Pacchetti Chirurgici – Ernia"; qualora tali procedure siano eseguite in concomitanza con un intervento principale, i codici di riferimento sono 59255, 59253, 59254 per i quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Si ricorda alle Strutture Sanitarie convenzionate, che non è possibile inoltrare al rimborso la richiesta per una procedura concomitante (qualsiasi) senza la contestuale richiesta di una procedura principale.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
525	Asportazione rete di prolene o similari, escluse recidive di ernie - come fase dell'intervento principale	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
526	Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
527	Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
528	Ernia crurale recidiva (compresa rimozione di rete)	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
529	Ernia crurale semplice	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
530	Ernia crurale strozzata	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
531	Ernia epigastrica	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
532	Ernia epigastrica strozzata o recidiva (compresa rimozione di rete)	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
533	Ernia inguinale con ectopia testicolare	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
537	Ernia ombelicale	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
538	Ernia ombelicale recidiva (compresa rimozione di rete)	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
539	Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	2.600,00		Indipendentemente dal numero	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59253	Ernia inguinale semplice (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica)	980,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59254	Ernia inguinale strozzata (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica)	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59255	Ernia inguinale recidiva (compresa rimozione di rete) (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica)	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
540	Intasamento erniario, riduzione manuale di	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
541	Laparocoele, intervento per	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
542	Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	3.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
543	Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	3.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
544	Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
545	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo) (come unico intervento)	2.200,00		Come unico intervento. Compresa prestazione del medico nucleare/radiologo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
546	Prolasso diaframmatico, intervento per	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3194	Riparazione del pavimento pelvico con rete (qualsiasi materiale)	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Peritoneo

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
547	Ascesso del Douglas, drenaggio	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
548	Ascesso sub-frenico, drenaggio	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
549	Laparoscopia esplorativa/diagnostica (comprese biopsie)	3.000,00		Comprese biopsie	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
550	Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
551	Laparotomia con resezione intestinale (comprese stomie)	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
552	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	2.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
553	Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
554	Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni	2.350,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
555	Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
556	Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
557	Laparotomia per peritonite diffusa	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
558	Laparotomia per peritonite saccata	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
559	Lavaggio peritoneale diagnostico	1.700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
560	Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	2.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3195	Lombotomia esplorativa	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
561	Occlusione intestinale con resezione	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
562	Occlusione intestinale senza resezione	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
563	Omentectomia e/o peritonectomie (come fase di intervento principale)	1.100,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
564	Paracentesi (con o senza somministrazione endocavitaria di farmaci)	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
565	Pompa impiantabile per perfusione peritoneale	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
566	Tumore o fibrosi retroperitoneale (compresi ureterolisi e viscerolisi estesa), intervento chirurgico per (trattamento completo)	8.500,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Fegato e vie biliari

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
567	Agobiopsia/agoaspirato (qualsiasi numero di prelievi)	470,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
568	Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
569	Ascessi, cisti (di qualsiasi natura), angiomi cavernosi, intervento chirurgico per	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
570	Biopsia epatica (come unico intervento)	2.350,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
571	Calcolosi intraepatica, intervento per	3.650,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
572	Colecistectomia laparoscopica semplice (compresa lisi di aderenze)	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
573	Colecistectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)	4.000,00		Compresa prestazione del radiologo. Compresa lisi di aderenze e colangiografia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
574	Colecistectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)	4.000,00		Compresa prestazione del radiologo. Compresa lisi di aderenze e colangiografia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
575	Colecistectomia laparotomica (compresa lisi di aderenze)	3.800,00		Compresa lisi di aderenze	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
576	Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
577	Colecistostomia per neoplasie non resecabili	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
578	Coledoco/epatico/digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
579	Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia	7.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
580	Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia	6.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
581	Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	3.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
582	Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	3.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
583	Deconnessione azygos-portale per via addominale	5.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
584	Drenaggio bilio digestivo intraepatico	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
585	Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antitumorale	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
586	Papilla di Vater, exeresi	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
587	Papilla di Vater, ampullectomia per cancro con reimpianto del dotto di Wirsung e coledoco	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
588	Papillostomia, per via transduodenale ed eventuale asportazione di calcoli (come unico intervento)	3.900,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
589	Papillotomia, per via endoscopica (come unico intervento)	2.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
590	Resezioni epatiche maggiori	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
591	Resezioni epatiche minori	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
592	Riparazione chirurgica per lacerazione del parenchima epatico	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
593	Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici primitivi, qualsiasi via di accesso	4.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
594	Trapianto di fegato (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00		Omicomprensivo dei servizi ed atti medici di espianto ed impianto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
595	Vie biliari, interventi palliativi	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
596	Vie biliari, reinterventi	6.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Pancreas - Milza

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
597	Agobiopsia/agoaspirato pancreas	470,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
598	Ascessi pancreatici e/o cisti, drenaggio di	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
599	Biopsia del pancreas (come unico intervento)	1.100,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
600	Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia	12.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
601	Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	2.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
602	Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
603	Fistola pancreatica, intervento per	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
604	Marsupializzazione interna o esterna di cisti pancreatica	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
605	Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
606	Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
607	Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	11.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
608	Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	12.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
609	Pancreatite acuta, interventi conservativi	4.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
610	Pancreatite acuta, interventi demolitivi	6.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
611	Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
612	Splenectomia	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
613	Trapianto di cellule di Langherans (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	17.000,00		Omnicomprendivo dei servizi ed atti medici di espianto ed impianto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
614	Trapianto di pancreas (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00		Omnicomprendivo dei servizi ed atti medici di espianto ed impianto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia oro - maxillo - facciale (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti da specialista in chirurgia maxillo-facciale con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione (comprese), presso Struttura Sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno.

Per alcuni atti chirurgici, in particolar modo se effettuati in regime ambulatoriale/studio/presidio/servizio odontoiatrico autorizzato per l'odontoiatria e la protesi dentaria, seppur eseguiti da medico chirurgo specializzato in chirurgia oro-maxillo-facciale, si può far riferimento ai codici previsti dal Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria (guida verde) in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Alcune procedure sono fruibili in regime ambulatoriale, pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi), sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui sia evidenziabile il quadro sistemico

critico per la salute del paziente che ha indotto a tal tipo di regime.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
615	Biopsia delle ghiandole salivari	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
616	Artrocentesi temporo mandibolare con o senza introduzione di medicamento, indipendentemente se mono o bilaterale	400,00	Rimborsabile Max 3 sedute l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
617	Asportazione di neoformazioni solide e/o cistiche benigne superficiali o profonde della lingua o del cavo orale	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
618	Biopsia o asportazione di tumori superficiali non cutanei	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
619	Calcolo salivare, asportazione di	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
620	Cateterismo del dotto salivare	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
621	Cisti del mascellare, operazione per	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
622	Cisti e fistole delle ghiandole salivari, incisione e/o drenaggio	500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
623	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
624	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	4.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
625	Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
626	Corpi estranei superficiali dei tessuti molli della cavità orale e/o della faccia, asportazione di	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
627	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
628	Disfunzione temporo-mandibolare, terapia chirurgica per	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
629	Esiti labiali di labiopalatoschisi	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
630	Esiti nasali di labiopalatoschisi	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
631	Exenteratio orbitae	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
632	Fistola del dotto di Stenone, intervento per	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
633	Fistola oro-nasale e/o mascellare	2.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
634	Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
635	Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
636	Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
637	Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
638	Fratture mandibolari, riduzione con ferule	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
639	Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	550,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
640	Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
641	Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfadenectomia	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
642	Intervento di ampliamento orizzontale e/o verticale della cresta alveolare di mandibola o mascellare superiore con prelievo di osso autologo extraorale ed innesto, compreso eventuale inserimento di qualsiasi materiale di innesto, compresa eventuale altra équipe chirurgica. Trattamento completo in Struttura Sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno, eseguito da specialista in chirurgia maxillo-facciale - per emiarcata.	2.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
643	Intervento di piccolo o grande rialzo del seno mascellare (trattamento completo) con prelievo di osso autologo extraorale ed innesto, compreso eventuale inserimento di qualsiasi materiale da innesto; compresa eventuale altra équipe chirurgica. Trattamento completo in Struttura Sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno, eseguito da specialista in chirurgia maxillo-facciale - per emiarcata.	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
644	Labioalveoloschisi monolaterale	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
645	Labioalveoloschisi bilaterale	5.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
646	Linfoangioma cistico del collo, asportazione per	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
647	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
648	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
650	Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
651	Lussazione mandibolare, riduzione manuale di	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
652	Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	3.750,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
653	Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
654	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale	5.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
655	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
656	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del	5.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
657	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
658	Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
659	Neoformazioni endosse di grandi dimensioni, exeresi di	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
660	Neoformazioni endosse di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
661	Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
662	Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
663	Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
664	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
665	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
666	Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	850,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
667	Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle	5.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
668	Palatoschisi totale	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
669	Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
670	Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
671	Parotidectomia totale o sub-totale	6.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
672	Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari con prelievo di osso extraorale	3.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
673	Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
674	Ricostruzioni con lembi mucosi	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
675	Ricostruzioni con lembi muscolari	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
676	Ricostruzioni con lembi osteomuscolari	4.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
677	Ricostruzioni con lembi rivascularizzati	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
678	Rimozione mezzi di sintesi mandibolari	450,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
679	Scialectomia (come fase di intervento principale)	300,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
680	Scialectomia (come unico intervento)	2.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
681	Seno mascellare, apertura per processo alveolare (trattamento completo) o rimozione dei mezzi di sintesi mascellari	700,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia pediatrica (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
682	Asportazione tumore di Wilms	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
683	Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
684	Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale	6.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
685	Atresia dell'ano: operazione perineale	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
686	Atresie vie biliari, esplorazioni	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
687	Cefaloematoma, aspirazione di	300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
688	Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
689	Cranio bifido con meningocele	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
690	Cranio bifido con meningoencefalocele	5.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
691	Craniostenosi	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
692	Dilatazione per stenosi congenita dell'ano	150,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
693	Ernia diaframmatica di Bochdalek	3.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
694	Ernia diaframmatica di Morgagni	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
695	Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'	6.300,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
696	Esonfalo o gastroschisi	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
697	Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalo-mesenterico con resezione intestinale	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
698	Granuloma ombelicale, cauterizzazione	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
699	Neuroblastoma addominale	5.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
700	Neuroblastoma endotoracico	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
701	Neuroblastoma pelvico	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
702	Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
703	Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale	4.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
704	Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
705	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
706	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
707	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
708	Piloro, stenosi congenita del	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
709	Plastica dell'ano per stenosi congenita	3.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
710	Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	3.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
711	Preparazione di vena per fleboclisi e trasfusione	330,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
712	Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
713	Retto, prolasso con operazione addominale del	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
714	Spina bifida: meningocele	6.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
715	Spina bifida: mielomeningocele	6.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
716	Teratoma sacrococcigeo	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia plastica ricostruttiva (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe s'intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (qualsiasi strumentazione/apparecchiatura).

Non sono rimborsabili gli interventi eseguiti per finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetica pur se le prestazioni risultano esposte nella presente sezione.

Tutti i compensi degli interventi di chirurgia mammaria demolitiva sono comprensivi della ricostruzione plastica mammaria concomitante (escluse protesi). Se la relativa ricostruzione plastica mammaria (sempre escluse protesi) viene eseguita in un secondo tempo (ricovero successivo) potranno essere riconosciuti i relativi codici di ricostruzione della presente branca o della branca di Chirurgia Plastica Ricostruttiva.

I compensi degli interventi di chirurgia mammaria conservativa non ricomprendono quelli della ricostruzione plastica mammaria salvo esplicita esposizione nel codice stesso.

Il rimborso dell'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria viene riconosciuto solo in seguito ad interventi di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse tutte le prestazioni con finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o da queste conseguenti.

Per la "Protesi mammaria" fare riferimento al codice 32 nella Sezione E – Presidi e Protesi.

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto (nei limiti della spesa effettivamente sostenuta) è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico (senza il quale la procedura potrebbe essere individuata come di natura benigna). Per le neoformazioni di natura benigna è obbligatorio l'inoltro delle fotografie pre e post intervento.

Per quanto riferito alle asportazioni chirurgiche o ai trattamenti LASER o FELC di cheloidi o cicatrici, è vincolante, ai fini del rimborso, la presentazione del referto di Pronto Soccorso, se conseguenti a eventi traumatici pregressi, o di verbale di sala operatoria, se conseguenti ad atti chirurgici che comportino una limitazione funzionale.

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, indipendentemente dalla localizzazione, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi (non sono previste deroghe).

Per le prestazioni non espressamente riportate nella presente sezione si rinvia alla consultazione della Branca Chirurgia dermatologica (per le quali valgono le medesime precisazioni).

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
717	Allestimento di lembo peduncolato	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
718	Emangiomi infantili del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento chirurgico per	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.
719	Emangiomi infantili del viso di grandi dimensioni (da cm. 4 in poi), intervento chirurgico per	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.
720	Emangiomi infantili di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento chirurgico per	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.
721	Emangiomi infantili di tronco e arti di grandi dimensioni (da cm. 7 in poi), intervento chirurgico per	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
722	Aplasia della vagina, ricostruzione per	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
723	Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione chirurgica di	280,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
724	Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione chirurgica di	680,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
725	Cicatrici del tronco o degli arti di piccole dimensioni, correzione chirurgica di	450,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
726	Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione chirurgica di	710,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
727	Cicatrici del viso di piccole dimensioni, correzione chirurgica di	490,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
728	Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione chirurgica di	850,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
729	Espansione tissutale di esiti cicatriziali post-chirurgia demolitiva per introduzione di protesi mammaria (trattamento completo)	3.500,00		Trattamento completo. Solo post-chirurgia demolitiva	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
730	Ginecomastia monolaterale	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
731	Ginecomastia bilaterale	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
732	Iniezione intracheloidea di farmaci (unicamente cortisone, antibiotici, antinfiammatori)	60,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post datata e firmata sia dal medico che dal paziente.
733	Innesti compositi	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
734	Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	1.100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
735	Innesto di fascia lata o di muscolo	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
736	Innesto di nervo o di tendine	3.100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
737	Innesto osseo o cartilagineo	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
738	Intervento di push-back e faringoplastica	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
739	Malformazioni delle labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	1.700,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
740	Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per o ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
741	Malformazione semplice delle mani o dei piedi (sindattilia, polidattilia)	1.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
742	Malformazioni complesse delle mani o dei piedi (trattamento completo)	2.600,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
743	Modellamento di lembo in situ	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
744	Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non applicabile in caso di lobo bifido o di schisi del lobo	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
745	Plastica V/Y, Y/V (salvo I casi descritti)	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
746	Plastica a Z del volto	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
747	Plastica a Z in altra sede (salvo I casi descritti)	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento.
748	Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	1.150,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
749	Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
750	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.000,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
751	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	3.800,00		Compreso eventuale lembo muscolare. Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
752	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.500,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
753	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)	3.800,00		Esclusa protesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
754	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	650,00		Per riparazioni fino a 5 cm Prestazione eseguibile ambulatorialmente.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
755	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.500,00		Per riparazioni superiori a 5 cm Prestazione eseguibile ambulatorialmente.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
756	Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	2.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
757	Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	3.700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
758	Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale (qualsiasi parte anatomica)	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria.
759	Stati intersessuali, chirurgia degli	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
760	Toilette di ustioni di piccole estensioni	60,00		Per estensioni fino a 5 cm Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
761	Toilette di ustioni di grandi estensioni	190,00		Per estensioni superiori a 5 cm Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
762	Trattamento LASER di emangiomi infantili (trattamento completo)	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.
763	Trattamento laser o felc di cheloidi e cicatrici - a seduta - indipendentemente dal numero di lesioni trattate	70,00	Rimborsabile Max 5 sedute per anno	Indipendentemente dal numero di lesioni trattate. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.
765	Trasferimento di lembo libero microvascolare	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
766	Trasferimento di lembo pedunculato	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
767	Tumore superficiale maligno cutaneo di tronco/ arti, intervento chirurgico per	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico
768	Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti o lipomi tronco/arti, verruche, intervento chirurgico per	165,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento .
769	Tumore profondo maligno cutaneo della testa, intervento chirurgico per	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzi la malignità
770	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/ arti, intervento chirurgico per	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzi la malignità
771	Tumore superficiale maligno cutaneo della testa, intervento chirurgico per	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura e referto istologico che evidenzi la malignità
772	Tumore superficiale o cisti benigna della testa, intervento chirurgico per	240,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.

Chirurgia toraco - polmonare (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe s'intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (qualsiasi strumentazione/apparecchiatura).

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
773	Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
774	Agobiopsia polmonare tac-guidata (per esame vedi T.A.C.)	300,00		Non comprensivo dell'esame TAC	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
775	Ascessi, interventi per	2.400,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
776	Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	13.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
777	Biopsia del mediastino sotto guida ecoendoscopica (compresa apparecchiatura/strumentazione)	850,00		Compreso uso strumentazione endoscopica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
778	Biopsia laterocervicale	430,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
779	Biopsia polmonare	650,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
780	Biopsia sopraclaveare	540,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
781	Broncoinstillazione endoscopica	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
782	Cisti (echinococco od altre di qualsiasi natura), asportazione di	3.750,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
783	Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
784	Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
785	Drenaggio pleurico per qualsiasi versamento compresa toracentesi	2.000,00		Compresa toracentesi	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
786	Drenaggio pleurico per pneumotorace traumatico	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
787	Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
788	Enfisema bolloso, intervento per (qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione)	3.700,00		Compresa qualsiasi apparecchiatura/strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
789	Fenestrazione pericardica	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
790	Ernie diaframmatiche traumatiche	5.350,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
791	Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
792	Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
793	Ferite con lesioni viscerali del torace	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
794	Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
795	Fistole esofago-bronchiali e/o esofago-tracheali, interventi di	6.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
796	Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
797	Fratture costali o sternali, trattamento conservativo	480,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
798	Instillazione medicamentosa endopleurica isolata	95,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
799	Lavaggio bronco alveolare endoscopico	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
800	Lavaggio pleurico	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
801	Legatura del dotto toracico	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
802	Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	3.570,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
803	Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	5.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
804	Mediastinoscopia diagnostica	1.750,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
805	Mediastinoscopia operativa	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
806	Neoformazioni benigne costali localizzate	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
807	Neoformazioni benigne del diaframma	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
808	Neoformazioni benigne della trachea	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
809	Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	7.500,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
810	Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
811	Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	9.000,00		Compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
812	Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	9.000,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
813	Pleurectomie (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	9.500,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
814	Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	13.500,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
815	Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
816	Pneumectomia, intervento di (compresa linfadenectomia e/o biopsia)	10.000,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
817	Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale	15.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
818	Puntato sternale o midollare	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
819	Puntura esplorativa del polmone	370,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
820	Relaxatio diaframmatica	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
821	Resezione bronchiale con reimpianto	8.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
822	Resezione di costa soprannumeraria	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
823	Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfadenectomie)	10.000,00		Comprese eventuali linfadenectomia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
824	Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfadenectomie)	10.000,00		Comprese eventuali linfadenectomia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
825	Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfadenectomie)	10.000,00		Comprese eventuali linfadenectomia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
826	Re-toracotomia per emostasi	3.570,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
827	Sarcoma toracico, comprese eventuali linfadenectomie e biopsie (trattamento completo)	8.000,00		Compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
828	Sarcoma toracico, senza linfadenectomie associate (trattamento completo)	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
829	Sindromi stretto toracico superiore	3.570,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
830	Talcaggio pleurico, qualsiasi metodica	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
831	Timectomia	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
832	Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	7.750,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
833	Toracentesi (con o senza somministrazione endocavitaria di farmaci)	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
834	Toracoplastica, primo tempo	5.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
835	Toracoplastica, secondo tempo	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
836	Toracosopia diagnostica (come unico intervento)	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
837	Toracosopia operativa comprese eventuali biopsie e pleurodesi	4.000,00		Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
838	Toracotomia esplorativa comprese biopsie (come unico intervento)	2.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
839	Tracheo-broncoscopia diagnostica con eventuale autofluorescenza	740,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
840	Tracheo-broncoscopia operativa	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
841	Trapianto di polmone (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00		Omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Chirurgia vascolare (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe s'intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (qualsiasi strumentazione/apparecchiatura).

Eventuali stand by (qualsiasi tipologia) di operatori e/o sale sono identificati da appositi codici da sommare ai rispettivi interventi laddove non diversamente specificato.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
842	Aneurismi aorta addominale o aorta toracica più dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
843	Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
844	Aneurismi arterie viscerali, embolizzazione	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
845	Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
846	Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	3.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
847	Applicazione di stent, qualsiasi distretto anatomico, qualsiasi numero salvo i casi descritti ove è già compresa nella voce stessa	500,00		Applicabile in caso di stent su arterie diverse. Escluso stents	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
848	Seconda applicazione di stent sulla stessa arteria	210,00		Applicabile dal secondo stent sulla medesima arteria. Escluso stents	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
849	Bypass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio	5.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
850	Bypass aorto-iliaco o aorto-femorale	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
851	Bypass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
852	Bypass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
853	Bypass (autologo o eterologo) veno-venoso arti inferiori per ostruzioni venose croniche profonde	4.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
854	Elefantiasi degli arti (anastomosi linfatico - venose)	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
855	Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde, salvo i casi descritti	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
856	Fasciotomia decompressiva	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
857	Glomo carotideo, asportazione chirurgica	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
858	Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
859	Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cavaliaca-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
860	Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omeroale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea	2.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
861	Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedie - inguinali-perineali	1.150,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
862	Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
863	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
864	Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti bilaterale (come unico intervento)	2.700,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
865	Correzioni emodinamiche (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, anche met. CHIVA, anche fotocoagulazione laser) bilaterale (come unico intervento)	2.700,00		Come unico intervento. Escluso trattamento con sclero mousse e similari	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
866	Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti monolaterale (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
867	Correzioni emodinamiche (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, anche met. CHIVA, anche fotocoagulazione laser) monolaterale (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento. Escluso trattamento con sclero mousse e similari	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
868	Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
869	Sostituzione venosa con protesi omologa o eterologa di vena profonda arto inferiore	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
870	Standby cardiocirurgico (presenza intera équipe), salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
871	Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
872	Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica	9.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
873	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
874	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
875	Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
876	Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
877	Tromboendoarteriectomia e bypass e/o embolectomia di tronchi sovraortici	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
878	Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
879	Tromboendoarteriectomia con patch arteria femorale	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
880	Tromboendoarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)	6.200,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
881	Valvuloplastica della cross safeno-femorale con o senza patch compreso doppler intraoperatorio	1.000,00		Compreso doppler intraoperatorio	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
882	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori monolaterale	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
883	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori bilaterale	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
884	Varicectomia (come unico intervento)	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
885	Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
886	Varici recidive	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.

Gastroenterologia (Chirurgia Gastroenterologica ed Endoscopica - Endoscopia diagnostica) (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico.

Si precisa che sono rimborsate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione.

Le procedure di Esofagogastroduodenoscopia (diagnostica ed operativa) e Pancolonscopia (diagnostica ed operativa) sono riconosciute esclusivamente nella modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le voci/codici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore-Tariffario. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" (codici: 46533, 46534, 46535, 46536) per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Si ricorda alle Strutture Sanitarie convenzionate, che non è possibile inoltrare al rimborso la richiesta per una procedura concomitante (qualsiasi) senza la contestuale richiesta di una procedura principale.

Anoscopia e proctoscopia sono comprese nella visita specialistica.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
888	Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
889	Cisto-gastrostomia o cisto-duodenostomia endoscopica	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
890	Dilatazione graduale del colon (trattamento completo)	1.100,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
891	Dilatazione graduale del retto (per seduta)	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
892	Digiunoileoscopia	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
893	Dilatazione graduale dell'ano (per seduta)	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
894	Ecoendoscopia esofagogastroduodenale	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
895	Ecoendoscopia del retto	550,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
896	Ecoendoscopia bilio-pancreatica (comprese eventuali biopsie)	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Comprese eventuali biopsie. Escluso eventuale istologico	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
897	Emostasi endoscopica di lesioni non varicose esofagogastriche	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
898	Emostasi e/o sclerosi endoscopica di lesione varicose esofagogastriche (qualsiasi tecnica, qualsiasi apparecchiature/strumentazioni)	800,00		Qualsiasi tecnica. Qualsiasi apparecchiatura/strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
899	Enteroscopia con videocapsula	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
900	Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio di sonda di dilatazione (prima seduta)	190,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente Prima seduta	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
901	Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio sonda di dilatazione (sedute successive)	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente Dalla 2° seduta	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
904	Idrocolonterapia a seduta	70,00	Rimborsabile Max 4 sedute l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
905	Manometria ano-rettale	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
906	Manometria colon	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
907	Manometria esofagea o gastroesofagea	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
908	Manometria gastrica	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
909	Mucosectomie endoscopiche per neoplasie e lesioni precancerose (comprese biopsie)	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Comprese biopsie. Escluso esame istologico	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
912	PH manometria ambulatoriale con registrazione 24 ore	170,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
913	PHmetria esofagea	175,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
914	Posizionamento di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
915	Rettoscopia diagnostica con strumento rigido	110,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compreso uso strumento e materiali monouso	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
916	Rettosigmoidoscopia operativa (comprese polipectomie) o fotocoagulazione con laser	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Comprese polipectomie	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
917	Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)	240,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Comprese biopsie. Escluso esame istologico	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
918	Rimozione e/o sostituzione di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	850,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
919	Sondaggio duodenale	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
920	Sondaggio gastrico	40,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
921	Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione	105,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compreso prove di stimolazione	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
922	Trattamento endoscopico per reflusso gastroesofageo	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
923	Varici esofagee o esofago gastriche, legatura endoscopica	500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
924	Varici gastriche (emostasi endoscopica)	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
46533	Esofagogastroduodenoscopia diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido h. pylori (prestazioni eseguibili ambulatorialmente - procedura concomitante ad altra principale)	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Procedura concomitante. Comprese biopsie. Escluso esame istologico	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
46534	Esofagogastroduodenoscopia operativa (procedura concomitante ad altra principale) per: polipectomie, introduzione di protesi, rimozione di corpi estranei, argon laser, etc.	310,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Procedura concomitante.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
46535	Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie) ed eventuale ileoscopia (prestazioni eseguibili ambulatorialmente - procedura concomitante ad altra principale)	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Procedura concomitante. Comprese biopsie. Escluso esame istologico	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
46536	Pancolonscopia operativa comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose (procedura concomitante ad altra principale)	390,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Procedura concomitante.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Ginecologia (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Tutti gli interventi chirurgici sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
925	Adesiolisi (come unico intervento)	4.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
926	Adesiolisi (come fase di intervento principale)	1.000,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
927	Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
928	Annessi monolaterali, interventi conservativi sugli	3.800,00		Indipendentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
929	Annessi bilaterali, interventi conservativi sugli	4.400,00		Indipendentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
930	Annessi monolaterali, interventi demolitivi sugli	3.800,00		Indipendentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
931	Annessi bilaterali, interventi demolitivi sugli	4.000,00		Indipendentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
932	Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
933	Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali (compresa ghiandola del Bartolini), trattamento chirurgico per	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
934	Ascesso pelvico, trattamento chirurgico per	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
935	Biopsia della portio, endometrio (come unico intervento)	130,00		Compresa eventuale puntura esplorativa e/o guida colposcopica. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
936	Biopsia della vulva, vagina	120,00		Compresa eventuale puntura esplorativa e/o guida colposcopica. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
937	Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
938	Cisti vaginale, asportazione di	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
939	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali (come unico intervento)	1.100,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
940	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
941	Colposcopia compresa vulvosopia (esame completo)	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
942	Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
943	Condilomi acuminati perineali-anali e/o vaginali, intervento chirurgico per (qualsiasi tecnica, trattamento completo)	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Qualsiasi tecnica. Qualsiasi numero	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
944	Conizzazione e tracheloplastica	1.650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
945	Debulking con resezione blocco della pelvi, resezione anteriore del retto, peritonectomia per K ovarico	9.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
946	Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
947	Eviscerazione pelvica	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
948	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	3.000,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
949	Fistole uretrovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.800,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
950	Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
951	Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
952	Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
953	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia pelvica e/o lombo-aortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	7.500,00		Per eventuale annessiectomia fare riferimento ai codici 930 o 931. Applicabile anche nei casi di tecnica laparoscopica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
954	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	5.000,00		Per eventuale annessiectomia fare riferimento ai codici 930 o 931. Applicabile anche nei casi di tecnica laparoscopica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
955	Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	4.300,00		Applicabile anche nei casi di Isterectomia extra asciale e Isterectomia radicale tipo A-Querleu Morrow. Applicabile anche nei casi di tecnica laparoscopica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
956	Isteropessi	2.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
957	Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	230,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico esame. Comprese eventuali biopsie. Escluso esame istologico	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
958	Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
959	Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	380,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
960	Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	1.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
961	Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie (come unico intervento)	2.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
962	Laparoscopia operativa con ablazione di cisti endometrioidiche o altro, laservaporizzazione focolai endometrioidici, lisi, sinechie etc.	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
963	Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo aortica pelvica selettiva e biptica (come unico intervento)	6.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
964	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	2.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
965	Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
966	Laparotomia per second-look citoriduzione carcinoma invasivo più resezione anteriore del retto, peritonectomia	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
967	Lasertapia vaginale o vulvare o della portio - a seduta	220,00	Rimborsabile Max 3 sedute l'anno	Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
968	LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) compresa colposcopia	450,00		Comprensivo di colposcopia Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
969	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)	4.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
970	Metroplastica (come unico intervento)	3.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
971	Miomectomie con o senza ricostruzione plastica dell'utero (come unico intervento)	3.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
972	Neoformazioni della vulva, asportazione	760,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compreso eventuale uso del colposcopio	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
973	Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	1.700,00		Compreso l'intervento per vaginismo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
974	Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di (come unico intervento)	3.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
975	Plastica vaginale anteriore, intervento di (come unico intervento)	1.700,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
976	Plastica vaginale posteriore, intervento di (come unico intervento)	2.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
977	Polipi cervicali, asportazione di	250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
978	Polipi orifizio uretrale esterno	250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
979	Posizionamento di sospensione uretrale (TVT), trattamento dell'incontinenza urinaria	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
980	Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
981	Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
982	Puntura esplorativa del cavo del Douglas	210,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
983	Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
984	Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	2.800,00		Monolaterale. Independentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
985	Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	3.100,00		Bilaterale. Independentemente dalla tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
986	Salpingectomia monolaterale	3.200,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
987	Salpingectomia bilaterale	3.500,00		Bilaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
988	Salpingoplastica	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
989	Setto vaginale, asportazione chirurgica	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
990	Tracheloplastica (come unico intervento)	1.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
991	Tattamento chirurgico conservativo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	3.500,00		Bilaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
992	Tattamento chirurgico conservativo per gravidanza extrauterina	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
993	Tattamento chirurgico conservativo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	3.300,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
994	Tattamento chirurgico demolitivo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.700,00		Bilaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
995	Tattamento chirurgico demolitivo per gravidanza extrauterina	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
996	Tattamento chirurgico demolitivo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.000,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
997	Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	5.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
998	Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
999	V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	110,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1000	Vulvectomy parziale	2.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1001	Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1002	Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1003	Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di	3.300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1004	Vulvectomy totale	3.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
30006	FIVET – Procedura complessiva	820,00	Rimborsabile max 1 volta (rimborso mai ripetibile indipendentemente dall'età e/o dalle motivazioni)	E' rimborsabile 1 solo codice prestazione tra 30006 – 30007 – 30008. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME AMBULATORIALE: relazione medica che dettagli la procedura.
30007	GIFT – Procedura complessiva	2.000,00	Rimborsabile max 1 volta (rimborso mai ripetibile indipendentemente dall'età e/o dalle motivazioni)	E' rimborsabile 1 solo codice prestazione tra 30006 – 30007 – 30008. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
30008	Pick Up ecografico	450,00	Rimborsabile max 1 volta (rimborso mai ripetibile indipendentemente dall'età e/o dalle motivazioni)	Comprensiva di ecografia. E' rimborsabile 1 solo codice prestazione tra 30006 – 30007 – 30008. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Neurochirurgia (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Per “tratto” s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento).

Si precisa che, le procedure con tecnica TLIF, XLIF o PLIF vengono riconosciute unicamente con la doppia codifica di Ernia del disco (in base alla localizzazione ed escluso il codice 1033) a cui viene aggiunto il codice di Artrodesi

strumentata (in base alla via di accesso). Anche in questo caso, la procedura secondaria e/o di importo inferiore viene riconosciuta (o addebitata dalla Struttura Sanitaria convenzionata) al 50%.

Le tariffe s'intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti (per l'eventuale utilizzo del sistema di navigazione GPS, che deve comunque risultare dal verbale di sala operatoria, fare riferimento al codice 3188 – Sezione G – Uso Strumenti ad alto costo).

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1005	Anastomosi spino-facciale e simili	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1006	Anastomosi vasi intra-extra cranici	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1007	Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	9.000,00		Come unico intervento (artrodesi strumentata). A tratto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1008	Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	6.500,00		Come unico intervento (artrodesi strumentata). A tratto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1009	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	9.500,00		Come unico intervento (artrodesi strumentata). A tratto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1010	Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	6.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1011	Biopsia/agobiopsia cerebrale stereotassica	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1012	Biopsia vertebrale a cielo aperto	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1013	Carotide endocranica, legatura della	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1014	Catetere epidurale e/o durale, impianto di	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1015	Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1016	Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicali varie, interventi di	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1017	Corpo estraneo intracranico, asportazione di	5.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1018	Cranioplastica - compresa eventuale rimozione dei mezzi di sintesi	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1019	Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo (comprese biopsie)	8.500,00		Comprese le biopsie. Escluso esame istologico	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1020	Craniotomia per ematoma extradurale	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1021	Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1022	Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	12.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1023	Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1024	Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento di revisione per	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1025	Ematoma subdurale cronico monolaterale, intervento per	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1026	Ematoma subdurale cronico bilaterale, intervento per	7.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1027	Encefalomeningocele, intervento per	5.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1028	Epilessia focale, intervento per	5.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1029	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	5.500,00		Come unico intervento. A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1030	Ernia del disco dorsale o lombare, intervento per recidiva (di livello e lateralità) compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	5.800,00		Come unico intervento. A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1031	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica, compresa uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (trattamento completo) (come unico intervento)	13.500,00		Trattamento completo. Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1032	Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie compresa uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti	7.000,00		A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1033	Ernia del disco con artrodesi intersomatica, anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	7.750,00		Come unico intervento (con inserimento di solo Cage).A tratto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1034	Fistola liquorale	4.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1035	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1036	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	4.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1037	Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	5.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1038	Gangliectomia lombare e splancnicectomia	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1039	Impianto di neuromodulatore sacrale per incontinenza fecale	2.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1040	Impianto di stimolatore midollare	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1041	infiltrazioni peridurali per ozono-terapia per ernie discali (a seduta).	100,00	Rimborsabile Max 5 sedute l'anno	Limitatamente a terapie per ernie/protrusioni discali . Per seduta. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Rimborsabile solo se eseguito da specialista in Anestesia e Terapia del dolore, in Neurochirurgia, in Ortopedia e Traumatologia, in Radiologia Interventistica. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1042	Ipfosisi, intervento per adenoma per via transfenoidale	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1043	Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali (come unico intervento)	5.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1044	Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1045	Laminectomia per tumori intramidollari	11.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1046	Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)	12.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1047	Malformazione aneurismatica o angiomatosa con compressione radicolare e/o midollare	7.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1048	Mielomeningocele, intervento per	5.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1049	Microdissectomia lombare compresa laminectomia (come unico intervento)	2.100,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1050	Neoplasie endocraniche, asportazione di	12.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
1051	Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico
1052	Neurolisi (come fase di intervento principale)	600,00		Come fase dell'intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1053	Neurolisi (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1054	Neurorrafia primaria (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1055	Neurotomia semplice (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1056	Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	5.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1057	Plesso brachiale, intervento sul	4.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1058	Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1059	Rachicentesi per qualsiasi indicazione	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1060	Registrazione continua della pressione intracranica	560,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1061	Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1062	Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica	4.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1063	Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1064	Simpatico cervicale: enervazione od asportazione del seno carotideo, intervento sul	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1065	Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1066	Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1067	Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1068	Simpatico dorsale: intervento associato sul Simpatico toracico e sui nervi splanchnici	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1069	Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	2.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1070	Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	3.240,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1071	Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1072	Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1073	Simpatico lombare: Simpatico pelvico, intervento sul	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1074	Simpatico lombare: splanchnicectomia, intervento sul	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1075	Sostituzione o rimozione di stimolatore midollare	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1076	Stabilizzazione intersomatica per trattamento di ernia discale con protesi dinamica-compressibile (tipo DIAM, COFLEX, etc.) comprese eventuali laminectomie e stenosi lombare - a tratto (come unico intervento)	5.000,00		Come unico intervento. A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1077	Stabilizzazione intersomatica per trattamento di ernia discale con protesi statica (tipo x-Stop) comprese eventuali laminectomie e stenosi lombare - a tratto (come unico intervento)	4.500,00		Come unico intervento. A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1078	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	5.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1079	Stenosi vertebrale lombare più livelli compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	6.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1080	Stereotassi, intervento di	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1081	Stimolatore cerebrale per morbo di Parkinson e disordini del movimento, intervento per impianto	11.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1082	Stimolatore cerebrale per morbo di Parkinson e disordini del movimento, intervento per sostituzione	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1083	Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	1.750,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1084	Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili	7.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1085	Termorizotomia del trigemino o altri nervi cranici	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1086	Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1087	Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	3.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1088	Trattamento chirurgico delle ernie discali per via endoscopica e/o percutanea, qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione (ozono, i.d.e.t, chemonucleolisi, laserdissectomia etc.)	1.500,00		A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1089	Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1090	Traumi vertebro-midollari via posteriore, intervento per	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1091	Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1092	Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)	5.200,00		Escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1093	Tumori della base cranica, intervento per via transorale	13.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1094	Tumori della volta cranica (trattamento completo)	5.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1095	Tumori orbitari, intervento per	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1096	Ventricolostomia endoscopica	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3196	Ernia del disco, asportazione ed impianto di dispositivo soft protesisi discogel, compresa eventuale, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (trattamento completo) (come unico intervento)	2.800,00		Trattamento completo. Come unico intervento. A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Oculistica (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura.

Gli interventi eseguiti con laser riconosciuti come rimborsabili sono quelli descritti nel paragrafo “Trattamenti laser” e/o nella Sezione “Pacchetti Chirurgici – Oculistica” e/o quelli che prevedono l’uso del Femtolaser.

L’uso del Femtolaser (che deve risultare dal verbale dell’intervento) non è riconosciuto, quindi, in associazione alle prestazioni riportate nel paragrafo “Trattamenti laser” e/o ai “Pacchetti chirurgici – Oculistica” che già prevedono l’uso della strumentazione.

Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea, eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, oltre quanto esplicitamente previsto nella sezione “Pacchetti Chirurgici-Cataratta e/o Chirurgia Refrattiva” e/o quanto previsto dal Nomenclatore-Tariffario in vigore all’atto della fatturazione a saldo.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta, pertanto, si invita a provvedere anticipatamente all’esecuzione di fotografie pre e post intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Orbita

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1097	Biopsia orbitaria	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1098	Cavità orbitaria, plastica per (come unico intervento)	2.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1099	Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1100	Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	1.100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1101	Exenteratio orbitae	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1102	Iniezione endorbitale esclusa iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida (vedi retina)	130,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1103	Operazione di Kronlein od orbitotomia	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1104	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale	1.600,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1105	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale	2.000,00		Bilaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Sopracciglio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1106	Cisti, asportazione di	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1107	Corpi estranei, asportazione di	45,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1108	Plastica per innesto	840,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1109	Plastica per scorrimento	750,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1110	Sutura ferite	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Palpebre

Premesse specifiche di branca:

Per accedere ai rimborsi previsti per le sotto indicate prestazioni, è vincolante la presentazione della documentazione fotografica pre e post operatoria, quale parte integrante alla certificazione medica.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1111	Ascesso palpebre, incisione di	90,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1112	Calazio	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1113	Cantoplastica	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1114	Entropion-ectropion	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1115	Epicanto-coloboma	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1116	Piccoli tumori o cisti, asportazione di	280,00	Indipendentemente dal numero di asportazioni	Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1117	Riapertura di anchiloblefaron	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1118	Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1119	Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1120	Tarsorrafia (come unico intervento)	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1121	Tumori, asportazione con plastica per innesto	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1122	Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	1.100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1123	Xantelasma semplice, asportazione di	320,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.
1124	Xantelasma, asportazione con plastica per scorrimento	550,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento.

Vie lacrimali

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1125	Chiusura del puntino lacrimale	130,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1126	Chiusura puntino lacrimale con protesi	240,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1127	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1128	Endoscopia lacrimale operativa con fibre ottiche	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1129	Fistola, asportazione	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1130	Flemmone, incisione di (come unico intervento)	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1131	Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1132	Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1133	Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1134	Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta)	30,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1135	Stricturotomia (come unico intervento)	110,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1136	Vie lacrimali, ricostruzione	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Congiuntiva

Premesse specifiche di branca:

Per accedere ai rimborsi previsti per le sotto indicate prestazioni, è vincolante la presentazione della documentazione fotografica pre e post operatoria quale parte integrante alla certificazione medica.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1137	Corpi estranei, asportazione di	60,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1138	Iniezione sottocongiuntivale	80,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1139	Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1140	Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1141	Piccole cisti, sutura con innesto placentare	450,00	Indipendentemente dal numero	Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.
1142	Plastica congiuntivale per innesto	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1143	Plastica congiuntivale per scorrimento	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1144	Pterigio o pinguecola	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1145	Sutura di ferita congiuntivale	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura.

Cornea

Premesse specifiche di branca:

L'eventuale conta delle cellule endoteliali è compresa nelle tariffe delle relative prestazioni

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1146	Cheratoplastica a tutto spessore	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1147	Cheratoplastica lamellare	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1148	Cornea (approvvigionamento per cheratoplastica) eventuale spesa	60%			Foglio di accompagnamento tessuto corneosclerale
1149	Corpi estranei dalla cornea, estrazione di	120,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1150	Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1151	Crioapplicazioni corneali	80,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1152	Epicheratoplastica	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1153	Impianto di anelli intrastromali nel cheratocono	1.700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1154	Innesto/apposizione di membrana amniotica	1.300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1155	Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	80,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1156	Odontocheratoprotesi	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1157	Paracentesi della camera anteriore (come unico intervento)	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1158	Sutura corneale (come unico intervento)	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1159	Tatuaggio corneale	550,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1160	Trapianto corneale a tutto spessore	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1161	Trapianto corneale lamellare	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1162	Trapianto di cellule staminali limbari	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1163	Trapianto di cellule staminali limbari combinata con apposizione di membrana amniotica	2.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1164	Uva-cross-linking corneale per cheratocono (compresa applicazione di lenti a contatto terapeutica ed esame OPD) (trattamento completo)	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Trattamento completo. Compreso applicazione di lenti ed esame OPD.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Cristallino

Premesse specifiche di branca:

Gli interventi s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

L'eventuale conta delle cellule endoteliali è compresa nelle tariffe delle relative prestazioni.

L'intervento di cataratta concomitante (codice 3248) può essere associato al codice del Pacchetto Cataratta (codice 10088 – Sezione V) solo ed esclusivamente se eseguito contemporaneamente al Pacchetto stesso (in tal caso la valorizzazione ai fini del rimborso sarà pari al valore del Pacchetto a cui saranno sommati unicamente l'intervento di cataratta concomitante e la protesi del cristallino relativa alla cataratta concomitante). Non ci sono altre possibilità.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1165	Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1170	Cataratta secondaria, discissione di	400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3248	Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica) (intervento concomitante ad altro principale eseguito nella medesima seduta operatoria o ricovero)	600,00		Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1172	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1173	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	1.100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1174	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1175	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1176	Cristallino lussato, estrazione di	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1177	Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1178	Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3198	Riposizionamento o sostituzione di lente intraoculare dislocata	780,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Sclera

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1179	Sclerectomia	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1180	Sclerotomia (come unico intervento)	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1181	Sutura sclerale	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Operazione per glaucoma

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1182	Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	520,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1183	Ciclodialisi	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1184	Ciclodiatomia perforante	620,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1185	Crioapplicazione antiglaucomatosa, come unico intervento	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1186	Goniotomia	1.500,00		Comprensivo di eventuale goniopuntura	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1187	Iridociclorefrazione (come unico intervento)	2.350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1188	Microchirurgia dell'angolo camerulare (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1189	Operazione fistolizzante (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1190	Sclerectomia profonda con o senza impianti (come unico intervento)	1.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1191	Trabeculectomia (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1192	Trabeculectomia + asportazione cataratta, intervento combinato	1.500,00		Intervento combinato	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1193	Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale, intervento combinato	2.300,00		Intervento combinato	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1194	Trabeculotomia (come unico intervento)	800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1195	Valvola tipo AHMED, drenaggio	50,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1196	Valvola tipo AHMED, impianto di (compresa chiusura di fistola)	900,00		Compresa della chiusura di fistola. Applicabile anche nei casi di Xengel, Preserflo e similari.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1197	Viscocanolostomia (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1198	Viscocanolostomia + asportazione di cataratta, intervento combinato	1.800,00		Intervento combinato	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1199	Viscocanolostomia + asportazione di cataratta + impianto di cristallino artificiale, intervento combinato	2.200,00		Intervento combinato	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Iride

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1200	Cisti iridee, asportazione e plastica di	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1201	Iridectomia	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1202	Irido-dialisi, intervento per	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1203	Iridoplastica	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1204	Iridotomia (come unico intervento)	500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1205	Prolasso irideo, riduzione	600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1206	Sinechiotomia	950,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1207	Sutura dell'iride	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Retina

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1208	Asportazione, cerchiaggio, rimozione e/o sostituzione materiali usati durante l'intervento di distacco	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1209	Criotrattamento (come unico intervento)	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1210	Diatermocoagulazione retinica per distacco (come unico intervento)	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1211	Iniezione intravitrea per degenerazione maculare umida (comprensivo di medicinale, degenza e sala operatoria), a seduta, a forfait	750,00	Rimborsabile Max 5 sedute (totali) l'anno indipendentemente dall'occhio	A seduta, a forfait. Comprensivo di sala operatoria, medicinale ed eventuale degenza. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1212	Legatura arteria temporale superiore (come unico intervento)	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1213	Retina, intervento per distacco, crio + cerchiaggio (come unico intervento)	2.100,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1214	Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	2.600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1215	Retinite pigmentosa, trattamento chirurgico d'innesto vascolare	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1216	Termoterapia transpupillare	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1217	Vitrectomia anteriore o posteriore, compresa asportazione delle membrane epiretينية	2.400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Muscoli

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1218	Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1219	Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1220	Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche - comprovata da campimetria pre intervento e fotografia pre e post intervento indipendentemente dall'occhio trattato)	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Escluse finalità estetiche	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. Foto pre e post intervento. Campimetria pre intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria. Foto pre e post intervento. Campimetria pre intervento.
1221	Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1222	Strabismo paralitico, intervento per	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Bulbo oculare

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1223	Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1224	Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1225	Enucleazione o exenteratio	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1226	Enucleazione con innesto protesi mobile	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1227	Eviscerazione con impianto intraoculare	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Trattamenti laser (compreso l'uso delle apparecchiature)

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1228	Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei nevasi o nubecole corneali (a seduta)	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1229	Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze (a seduta)	320,00		A seduta.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1230	Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	190,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1231	Laserterapia iridea (a seduta)	260,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1232	Laserterapia lesioni retiniche (a seduta)	270,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1233	Laserterapia nella retinopatia diabetica (a seduta)	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1234	Terapia fotodinamica compreso qualsiasi tipo di medicinale (a trattamento - massimo una volta l'anno)	1.300,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A trattamento. Compreso qualsiasi tipo di medicinale. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1235	Trattamenti laser per cataratta secondaria (a seduta)	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1236	Trattamenti laser per esiti di cheratoplastica – Comprovato da cartella clinica del precedente intervento	800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Cartella clinica precedente intervento di cheratoplastica

Femtolaser (compreso materiali monouso)

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10098	Usò Femtolaser	420,00	Rimborsabile per parte corpo (occhio)	Non rimborsabile in associazione alle prestazioni descritte nei paragrafi "Trattamento laser" e/o nella Sezione "Pacchetti Chirurgici Oculistica"	IN REGIME AMBULATORIALE: verbale di procedura che evidenzia l'uso della strumentazione. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria che dettagli la procedura ed evidenzia l'uso della strumentazione.

Ortopedia e traumatologia (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e strumentazione/apparecchiatura. Per trattamento completo si intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale, salvo quanto specificatamente descritto.

Per gli interventi chirurgici che interessano i legamenti articolari, deve considerarsi compreso l'eventuale prelievo per innesto di legamento autologo (considerato come fase della ricostruzione).

Per articolazioni si intendono:

- grandi (anca, ginocchio, spalla);
- medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica);
- piccole (le restanti).

Per segmenti ossei si intendono:

- grandi (femore, omero, tibia);
- medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone);
- piccoli (i restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento).

Gli interventi di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca/protesi parziale di anca/revisione di protesi parziale di anca sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", si rimanda alla Sezione V - "Pacchetti Chirurgici - Anca"; qualora tali procedure siano eseguite in concomitanza con un intervento principale, i codici di riferimento sono 3249, 3250, 53301, 59628, 59631 per i quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Gli interventi di protesi totale del ginocchio/protesi parziale del ginocchio/revisione di protesi totale/revisione di protesi parziale, sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", si rimanda alla Sezione V - "Pacchetti Chirurgici - Ginocchio"; qualora tali procedure siano eseguite in concomitanza con un intervento principale, i codici di riferimento sono 59625, 59623, 59627, 59624, 59629, 59626 per i quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Si ricorda alle Strutture Sanitarie convenzionate, che non è possibile inoltrare al rimborso la richiesta per una procedura concomitante (qualsiasi) senza la contestuale richiesta di una procedura principale.

Altresì si ricorda che, i casi di "rimozione e sostituzione di artroprotesi settica" siano essi riferibili ad una protesi di anca (totale o parziale) oppure ad una protesi di ginocchio (totale o parziale) viene riconosciuto il codice di "Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale)[...]" (codice 1323).

Per le voci relative ai "Bendaggi elastocompressivi o funzionali" fare riferimento alla Sezione Q - "Kinesiterapia (terapia di movimento)", "Infiltrazioni articolari", fare riferimento alla Sezione Q - "Terapie Manu Medica".

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle

Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Bendaggi

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1237	Bendaggio alla colla di zinco: coscia, gamba e piede	75,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1238	Bendaggio alla colla di zinco: gamba e piede	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1239	Bendaggio collare di Schanz	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1240	Bendaggio con doccia di immobilizzazione: gomito e polso	75,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1241	Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto superiore	130,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1242	Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto inferiore	110,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1243	Bendaggio con medicazione (a seguito d'intervento chirurgico)	40,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Solo a seguito di intervento chirurgico	Prescrizione medica specialista.
1245	Bendaggio secondo Dessault: amidato o gessato	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1246	Bendaggio secondo Dessault: semplice	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1247	Bendaggio semplice con ovatta e garza	40,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1248	Bendaggio torace senza arto superiore	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1249	Splint	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1250	Stecca di Zimmer per dito, applicazione di	60,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.

Apparecchi gessati

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1251	Arto inferiore: coscia, gamba e piede	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1252	Arto inferiore: gamba e piede	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1253	Arto inferiore: ginocchiera	140,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1254	Arto superiore: avambraccio e mano	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1255	Arto superiore: braccio, avambraccio e mano	280,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1256	Arto superiore: torace ed arto superiore	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1257	Calco di gesso per protesi arti	130,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1258	Corsetto con spalle	280,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1259	Corsetto senza spalle	240,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1260	Corsetto speciale per scoliosi e/o cifosi	430,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1261	Corsetto tipo Minerva	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1262	Delbet	120,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1263	Gypsotomia	60,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1264	Pelvicondiloideo	335,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1265	Pelvicondiloideo bilaterale	435,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1266	Pelvimalleolare	335,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1267	Pelvimalleolare bilaterale	435,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1268	Pelvipedidio	335,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1269	Pelvipedidio bilaterale	435,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.
1270	Stecca da dito	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica con diagnosi certa.

Lussazioni e fratture

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1271	Applicazione di filo o chiodo transchetrtrico	300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1272	Applicazione di skin traction	100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1273	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: colonna vertebrale	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1274	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: grandi articolazioni	1.100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialistica. Relazione medica che dettagli la procedura
1275	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: medie articolazioni	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1276	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: piccole articolazioni	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1277	Riduzione incruenta di fratture: colonna vertebrale	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1278	Riduzione incruenta di fratture: grandi segmenti	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1279	Riduzione incruenta di fratture: medi segmenti	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1280	Riduzione incruenta di fratture: piccoli segmenti	220,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1281	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: colonna vertebrale	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1282	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: grandi articolazioni	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1283	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: medie articolazioni	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1284	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: piccole articolazioni	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Interventi incruenti

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1285	Mobilizzazione incruenta di rigidità: grandi articolazioni	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1286	Mobilizzazione incruenta di rigidità: medie articolazioni	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1287	Mobilizzazione incruenta di rigidità: piccole articolazioni	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1288	Piede torto congenito, correzione manuale di	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1289	Riduzione di pronazione dolorosa in età pediatrica	280,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1290	Riduzione incruenta lussazione congenita anca: unilaterale	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1291	Riduzione incruenta lussazione congenita anca: bilaterale	650,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1292	Riduzione incruenta lussazione congenita anca: uni e bilaterale, tempi successivi	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1293	Torcicollo e scoliosi su letto speciale, correzione di	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1294	Trauma ostetrico arto inferiore, trattamento di	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1295	Trauma ostetrico arto superiore, trattamento di	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Interventi cruenti

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1296	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)	2.400,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1297	Agoaspirato osseo	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1298	Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	5.400,00		A segmento osseo. Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1299	Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	4.500,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1300	Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	2.300,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1301	Artrocentesi	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1302	Artrocentesi con introduzione di medicamento	55,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1303	Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	9.000,00		Come unico intervento (artrodesi strumentata). A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1304	Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	6.500,00		Come unico intervento (artrodesi strumentata). A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1305	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	9.500,00		Come unico intervento (artrodesi strumentata). A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1306	Artrodesi: grandi articolazioni	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1307	Artrodesi: medie articolazioni	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1308	Artrodesi: grandi	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1309	Artrodesi: medie	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1310	Artrodesi: piccole	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1311	Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)	5.200,00		Qualsiasi materiale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1312	Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)	1.300,00		Qualsiasi materiale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1313	Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)	850,00		Qualsiasi materiale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1314	Artroprotesi spalla, parziale	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1315	Artroprotesi spalla, totale	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1318	Artroprotesi di piccole articolazioni: rimozione e sostituzione o revisione di artroprotesi	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1322	Artroprotesi: gomito	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1323	Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento, salvo i casi descritti	7.000,00		Limitatamente alla casistica di artroprotesi settica. Independentemente dall'articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1324	Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	550,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1325	Ascesso freddo, drenaggio di	150,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1326	Biopsia articolare	510,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1327	Biopsia ossea	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1328	Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1329	Biopsia vertebrale a cielo aperto	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1330	Borsectomia (come fase di un intervento principale)	500,00		Come fase di intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1331	Borsectomia (come unico intervento)	1.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1332	Calcificazioni intratendinee (anche in artroscopia), asportazione di	800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1333	Cisti del Backer, asportazione di	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1334	Cisti meniscali o parameniscali, asportazione di	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1335	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1336	Condrectomia - condroabrasione e/o debridment articolare (come fase di intervento principale)	500,00		Come fase di intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1337	Condrectomia - condroabrasione e/o debridment articolare (come unico intervento)	2.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3199	Conflitto femoro-acetabolare (impingement di anca), intervento per	4.550,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1338	Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1339	Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1340	Diastasi sinfisi pubica, trattamento di	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1341	Disarticolazione interscapolo toracica	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1342	Disarticolazioni, grandi	4.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1343	Disarticolazioni, medie	2.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1344	Disarticolazioni, piccole	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1345	Distanziatore articolare, impianto o rimozione di (come fase dell'intervento principale)	1.200,00		Come fase di intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1346	Elsmie-Trillat, intervento di	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1347	Emipelvectomy	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1348	Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1349	Epifisiodesi	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1350	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva compresa eventuale stenosi lombare, uncoforamintomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	5.500,00		Come unico intervento. A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1351	Esostosi semplice, asportazione di	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1352	Frattura esposta, pulizia chirurgica di	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1353	Infezioni articolari, muscolo-aponeurotiche profonde (trattamento chirurgico - unico intervento)	1.700,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1355	Innesto di materiale cartilagineo autologo coltivato, compreso eventuale debridement articolare	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1356	Intervento per ginocchio valgo/varo in artroscopia (trattamento completo)	3.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1357	Laterale release	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1358	Legamenti e retinacoli del ginocchio, ricostruzione di (come unico intervento)	3.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3201	Legamenti e retinacoli patellari del ginocchio, ricostruzione di	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1359	Legamenti e retinacoli del ginocchio con meniscectomia (come unico intervento), ricostruzione di	4.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1360	Lussazioni recidivanti di spalla o ginocchio (anche in artroscopia), plastica per (trattamento completo)	3.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1361	Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	2.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1362	Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione + eventuale mosaicoplastica (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	2.200,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3202	Meniscoplastica e/o sutura del muro meniscale (come unico intervento)	1.450,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3203	Mosaicoplastica per degenerazione cartilaginea (come unico intervento)	2.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1363	Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	1.800,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1364	Midollo osseo, espianto di	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1365	Osteomieliti (trattamento completo), intervento per	2.300,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1366	Osteoclasia	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1367	Osteosintesi con fissatore esterno (qualsiasi segmento)	1.500,00		Qualsiasi segmento. A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1368	Osteosintesi vertebrale	6.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1369	Osteosintesi: grandi segmenti	4.600,00		A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1370	Osteosintesi: medi segmenti	2.800,00		A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1371	Osteosintesi: piccoli segmenti	2.100,00		A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1372	Osteotomia complessa (bacino, vertebrale) compresa ablazione di osteofiti della colonna (a tratto)	4.000,00		A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1373	Osteotomia semplice di qualsiasi segmento (come fase dell'intervento principale)	700,00		Come fase di intervento principale. A segmento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3249	Artroprotesi: protesi totale anca (artroprotesi anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto protesi anca totale)	4.000,00		Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti (in forma diretta non associabile al pacchetto protesi di anca senza relativa preautorizzazione).	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3250	Artroprotesi: revisione protesi totale anca eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento (artroprotesi revisione anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto revisione protesi anca totale)	5.200,00		Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti (in forma diretta non associabile al pacchetto protesi di anca senza relativa preautorizzazione).	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59623	Artroprotesi Parziale di Ginocchio (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica)	2.000,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59624	Artroprotesi Revisione e riposizionamento Protesi Parziale di Ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica non riferibile all'artroprotesi)	2.500,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59625	Artroprotesi Totale di Ginocchio (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica)	3.000,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59626	Artroprotesi Revisione e riposizionamento di Protesi Parziale di Ginocchio eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica non riferibile all'artroprotesi)	3.000,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59627	Artroprotesi Revisione e riposizionamento Protesi Totale di Ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica non riferibile all'artroprotesi)	3.500,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59628	Artroprotesi anca parziale (trattamento completo - intervento concomitante ad altro principale)	2.250,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno per parte corpo	Trattamento completo. Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59629	Artroprotesi Revisione e riposizionamento di Protesi Totale di Ginocchio eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento (qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero per altra procedura chirurgica non riferibile all'artroprotesi)	4.000,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
59631	Artroprotesi: Revisione e riposizionamento Protesi Parziale di Anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo - intervento concomitante ad altro principale)	3.100,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno per parte corpo	Trattamento completo. Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1374	Perforazione alla Boeck	400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1375	Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale	7.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1376	Prelievo di cartilagine dal ginocchio in artroscopia, intervento per (come unico intervento)	1.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1377	Prelievo di trapianto osseo con innesto	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1378	Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	3.800,00		Trattamento completo. A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1379	Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	1.800,00		Trattamento completo. A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1380	Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	1.000,00		Trattamento completo. A segmento.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1381	Puntato tibiale o iliaco	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1382	Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1383	Reimpianti di arto o suo segmento	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1384	Resezione articolare (come unico intervento)	1.700,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1385	Resezione del sacro (come unico intervento)	3.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1386	Resezione ossea (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1387	Revisione di moncone di amputazione	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1388	Riduzione cruenta e contenzone di lussazione traumatica di colonna vertebrale	3.500,00		A tratto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1389	Riduzione cruenta e contenzone di lussazione traumatica di grandi articolazioni	3.500,00		Ad articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1390	Riduzione cruenta e contenzone di lussazione traumatica di medie/piccole articolazioni	1.800,00		Ad articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1391	Riduzione cruenta lussazione congenita anca	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1392	Rimozione di fissatore esterno (qualsiasi segmento)	300,00		Qualsiasi segmento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1393	Rimozione mezzi di sintesi: grandi segmenti	1.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A segmento.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1394	Rimozione mezzi di sintesi: medi segmenti	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A segmento.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1395	Rimozione mezzi di sintesi: piccoli segmenti	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A segmento.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettaglia la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1396	Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione di (compreso trattamento del capo lungo del bicipite brachiale) (trattamento completo)	2.800,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1397	Scoliosi, intervento per (trattamento completo)	7.200,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1398	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come fase di intervento principale)	500,00		Come fase di intervento principale. Ad articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1399	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come unico intervento)	2.200,00		Come unico intervento. Ad articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1400	Sinoviectomia piccole articolazioni (come fase di intervento principale)	300,00		Come fase di intervento principale. Ad articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1401	Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	1.000,00		Come unico intervento. Ad articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1402	Spalla, resezioni complete sec. Tikhor-Limberg	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1403	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	5.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1404	Stenosi vertebrale lombare più livelli compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	6.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1405	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1406	Tetto cotiloideo, ricostruzione di	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1407	Toilette chirurgica e piccole suture	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1408	Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	17.000,00		Omnicomprendivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1409	Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1410	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	3.800,00		A segmento/ articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1411	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	2.600,00		A segmento/ articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1412	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	2.300,00		A segmento/ articolazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1413	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	6.000,00		A tratto.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1414	Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	5.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1415	Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
53301	Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo - intervento concomitante ad altro principale): per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero	4.500,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno per parte corpo	Qualsiasi tecnica. Intervento concomitante. Esclusa protesi. Prestazione soggetta a limiti (in forma diretta non associabile al pacchetto protesi di anca senza relativa preautorizzazione)	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici

Premesse specifiche di branca:

Le procedure di “Neurolisi”, “Tenolisi” non sono associabili a tutte le procedure definite come “trattamento completo” in quanto già comprese nelle stesse.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1416	Biopsia muscolare	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1417	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1418	Neurinomi, asportazione chirurgica di	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1419	Neurolisi (come fase di intervento principale)	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come fase di intervento principale	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1420	Neurolisi (come unico intervento)	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1421	Sarcoma degli arti, asportazione chirurgica di	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1422	Tendine d'Achille, intervento di allungamento (trattamento completo)	2.000,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1423	Tenolisi (come fase dell'intervento principale)	400,00		Come fase di intervento principale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1424	Tenolisi (come unico intervento)	1.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1425	Tenoplastica, mioplastica, miorafra	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1426	Tenorrafia complessa - sutura di più tendini (salvo i casi descritti)	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1427	Tenorrafia semplice - sutura di un tendine (salvo i casi descritti)	1.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1428	Tenotomia compresa eventuale tenorrafia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	2.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1429	Torcollo miogeno congenito, plastica per	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1430	Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	2.300,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Ostetricia (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Le tariffe sono comprensive del compenso dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica durante tutto il periodo del ricovero della madre.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1431	Aborto terapeutico	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1432	Amniocentesi, compresa qualsiasi prestazione professionale e strumentale, qualsiasi numero di prelievi	550,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensiva delle prestazioni professionali e strumentali. Qualsiasi numero di prelievi	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1433	Amnioscopia	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza.
1434	Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo - incluso eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento (comprensiva dell'assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica).	6.000,00		Comprensivo dell'assistenza alla puerpera, delle prestazioni dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1435	Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva dell'eventuale secondamento manuale/strumentale, di qualsiasi atto operativo chirurgico, della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica)	4.000,00		Omnicomprendivo di tutte le competenze. Qualsiasi tecnica e strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1436	Biopsia villi coriali	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con evidenza dello stato avanzamento gravidanza. Relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1437	Cardiotocografia (come unico esame)	30,00	Rimborsabile Max 2 esami nell'ultimo mese di gravidanza	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico esame. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza.
1438	Cardiotocografia (durante la visita)	25,00	Rimborsabile Max 2 esami per gravidanza (escluso ultimo mese) Esclusivamente in corso di visita (Esclusa visita specialistica)	Non si somma al codice 1437. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza.
1439	Cerchiaggio cervicale	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1440	Colpoperineorrafia per deiescenza sutura, intervento di	650,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1441	Cordocentesi (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza. Relazione medica che dettagli la procedura
1442	Correzione di difetto fetale in utero	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1443	Fetoscopia	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza. Relazione medica che dettagli la procedura
1444	Flussimetria fetale	40,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Esclusa ecografia. Non si somma all'ecografia ostetrica.	Prescrizione medica specialistica
1445	Lacerazione cervicale, sutura di	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1446	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	2.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1447	Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	2.850,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1448	Mastite puerperale, trattamento chirurgico	400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1449	Revisione delle vie del parto, intervento per	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1450	Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento per	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1451	Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1452	Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Otorinolaringoiatria (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura.

Si specifica che, alcune prestazioni riportate nella presente branca (e relative sottobranchie), sono rimborsabili dal Fondo esclusivamente durante la relativa visita specialistica (specificata all'interno del codice), ovvero non saranno rimborsabili se effettuate in sedute separate e/o da operatori diversi.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Orecchio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1453	Antroatticotomia con labirintectomia	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1454	Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1455	Ascesso del condotto, incisione di	130,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1456	Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica	4.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1457	Atresia auris congenita completa	4.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1458	Atresia auris congenita incompleta	4.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1459	Cateterismo tubarico (a seduta)	15,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta.	Prescrizione medica specialista.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1460	Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio	25,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non assimilabile ai tappi di cerume.	Prescrizione medica specialista.
1461	Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale con microscopio (otomicroscopia)	70,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non assimilabile ai tappi di cerume.	Prescrizione medica specialista.
1462	Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1463	Drenaggio transtimpanico	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1464	Ematoma del padiglione, incisione di	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1465	Impianto di protesi cocleare bilaterale	5.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1466	Impianto di protesi cocleare monolaterale	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1467	Mastoidectomia	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1468	Mastoidectomia radicale	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1469	Miringoplastica per via endoauricolare	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1470	Miringoplastica per via retroauricolare	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1471	Miringotomia (come unico intervento)	750,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1472	Neoplasia del padiglione, exeresi di	850,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1473	Neoplasie del condotto, exeresi	1.300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1474	Nervo vestibolare, sezione del	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1475	Neurinoma dell'ottavo paio	10.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1476	Ossiculoplastica	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1477	Osteomi del condotto, asportazione di	2.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1478	Petrosectomia	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1479	Petrositi suppurate, trattamento delle	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1480	Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1481	Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	2.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1482	Revisione di stapedotomia	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1483	Revisione di timpanoplastica	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1484	Revisione miringoplastica (qualsiasi via di accesso)	1.000,00		Qualsiasi via di accesso	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1485	Revisione ossiculoplastica	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1486	Rimozione e/o sostituzione di protesi cocleare	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1487	Sacco endolinfatico, chirurgia del	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1488	Stapedectomia	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1489	Stapedectomia, intervento di revisione	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1490	Stapedotomia	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1491	Tappi di cerume, estrazione di	25,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno indipendentemente se monolaterale o bilaterale	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Qualsiasi tecnica. Non si somma alla visita specialistica se eseguita dal medesimo professionista in corso di visita. Non assimilabile all'asportazione di corpi estranei dal condotto. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista.
1492	Timpanoplastica con mastoidectomia	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1493	Timpanoplastica senza mastoidectomia	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1494	Timpanoplastica, secondo tempo di	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1495	Timpanotomia esplorativa	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1496	Trattamento di cisti e fistole preauricolari congenite	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1497	Trattamento stenosi condotto uditivo esterno	600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1498	Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto istologico

Naso e seni paranasali

Premesse specifiche di branca:

Gli interventi di rinosettoplastica e settoplastica aventi finalità di natura estetica, o conseguenti a correzioni chirurgiche di natura estetica o comunque a questa riconducibile, non sono mai rimborsabili pur se analiticamente esposte nel Nomenclatore-Tariffario, anche quando siano concomitanti ad altri interventi rimborsabili. Ai fini del rimborso, pertanto, è necessario presentare la Rinomanometria pre intervento e/o la eventuale Tac del massiccio facciale.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1499	Adenoidectomia	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1500	Adenotonsillectomia	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1501	Atresia coanale, intervento per	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1502	Cateterismo seno frontale	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1503	Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1504	Corpi estranei, asportazione di	50,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1505	Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3204	Dilatazione tubarica per otite media cronica	500,00	Rimborsabile Max 2 sedute l'anno indipendentemente se mono o bilaterale	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1506	Ematoma, ascesso del setto, drenaggio	130,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1507	Etmoide, svuotamento radicale monolaterale (come unico intervento)	1.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1508	Etmoide, svuotamento radicale bilaterale (come unico intervento)	1.900,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1509	Fistole oro antrali	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1510	Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	1.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1511	Instillazione sinusale (per ciclo di terapia)	75,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per ogni ciclo di terapia	Prescrizione medica specialista.
1512	Ozena, cura chirurgica dell'	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1513	Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	1.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1514	Rinofima, intervento	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1515	Rinosettoplastica con innesti liberi di osso (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.700,00		Escluse finalità estetiche	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1516	Rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.000,00		Escluse finalità estetiche	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto Rinomanometria pre intervento e/o TC massiccio facciale.
1517	Rinosettoplastica, revisione di interventi funzionali o ricostruttivi (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.000,00		Escluse finalità estetiche	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto Rinomanometria pre intervento e/o TC massiccio facciale.
1518	Seni paranasali, intervento per mucocele	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1519	Seni paranasali, intervento radicale o intervento chirurgico di FESS (functional endoscopic sinus surgery) monolaterale	2.300,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1520	Seni paranasali, intervento radicale o intervento chirurgico di FESS (functional endoscopic sinus surgery) bilaterale	3.000,00		Bilaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1521	Seno frontale, svuotamento per via esterna	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1522	Seno frontale, svuotamento per via nasale (come unico intervento)	1.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1523	Seno mascellare, puntura diameatica del	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1524	Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale (come unico intervento)	1.700,00		Come unico intervento. Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1525	Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale (come unico intervento)	1.800,00		Come unico intervento. Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1526	Seno sfenoidale, apertura per via transnasale (come unico intervento)	2.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1527	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1528	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1529	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1530	Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (non rimborsabile se concomitante o conseguente ad interventi di natura estetica; comprovata da rinomanometria pre intervento)	1.900,00		Non rimborsabile se concomitante o conseguente ad interventi di natura estetica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria. Referto Rinomanometria pre intervento e/o TC massiccio facciale.
1531	Sinechie nasali, recisione di	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1532	Speroni o creste del setto, asportazione di	600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1533	Tamponamento nasale anteriore	110,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1534	Tamponamento nasale antero-posteriore	300,00			Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1535	Terapia chirurgica microinvasiva a radiofrequenza (coblator) per: tonsillectomia extracapsulare, tonsillectomia, adenoidectomia, uvulopalatofaringoplastica – compreso uso apparecchiatura	800,00		Compreso l'uso di qualsiasi apparecchiatura	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1536	Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1537	Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1538	Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	1.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1539	Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1540	Turbinotomia (come unico intervento)	850,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento. Indipendentemente se mono o bilaterale (qualsiasi tecnica).	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1541	Varici del setto, trattamento di cauterizzazione	100,00	Prestazione eseguibile ambulatorialmente		Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Faringe - Cavo orale - Orofaringe

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1542	Ascesso peritonsillare, incisione	250,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1543	Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	850,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1544	Corpi estranei endofaringei, asportazione di	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1545	Faringectomia parziale	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1546	Fibroma rinofaringeo	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1547	Leucoplachia, asportazione	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1548	Lingua o cavo orale, asportazione di neoformazioni solide e/o cistiche benigne superficiali o profonde	450,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1549	Neoplasie parafaringee	4.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1550	Tonsillectomia	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1551	Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1552	Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1553	Ugulotomia	300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1554	Velofaringoplastica o avanzamento dell'osso ioide	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Laringe e ipofaringe

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1555	Adduttori, intervento per paralisi degli	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1556	Ascesso dell'epiglottide, incisione	300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1557	Biopsia in laringoscopia	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1558	Biopsia in microlaringoscopia	1.300,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1559	Cauterizzazione endolaringea	100,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1560	Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1561	Cordectomia	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1562	Cordectomia con il laser	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1563	Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	600,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1564	Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1565	Dilatazione laringea (per seduta)	140,00		Per seduta.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1566	Disfonia spasmodica, terapia iniettiva in microlaringoscopia	200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1567	Epiglottidectomia	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1568	Laringectomia parziale	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1569	Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	4.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1570	Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	4.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1571	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	6.600,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1572	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	8.000,00		Bilaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1573	Laringocele	3.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1574	Laringofaringectomia totale	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1575	Laringoplastica iniettiva in microlaringoscopia (ipotrofia delle corde vocali, etc)	500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1576	Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1577	Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1578	Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	1.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1579	Papilloma laringeo	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1580	Pericondrite ed ascesso perilaringeo	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1581	Posizionamento o sostituzione di protesi fonatoria	200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1582	Naso-laringoscopia con fibroscopio flessibile a fibre ottiche durante la visita	45,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Solo in concomitanza con la visita specialistica	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1583	Tiroplastica	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Radiologia interventistica (trattamenti completi)

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-chirurgica-radiologica-anestesiologica, l'uso del contrasto, le radiografie necessarie (tutte le proiezioni) ed il compenso professionale per eventuale applicazione di stents (salvo casi descritti all'interno del/della codice/prestazione).

I materiali speciali e i medicinali utilizzati nell'ambito delle procedure di radiologia interventistica sono rimborsati così come descritto nella relativa Sezione D, salvo quanto diversamente indicato nella descrizione delle prestazioni.

Per tratto si intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto.

Eventuali stand by (qualsiasi tipologia) di operatori e/o sale sono identificati da appositi codici da sommare ai rispettivi interventi laddove non diversamente specificato.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1584	Arteriografia aorta addominale ed iliaca più angioplastica	2.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1585	Arteriografia aorta addominale più angioplastica arteria renale	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1586	Arteriografia aorta addominale più embolizzazione selettiva complessa (angiomi o fistole artero venose o aneurismi)	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1587	Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori	3.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1588	Arteriografia con alcoolizzazione di lesioni di qualsiasi organo	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1589	Arteriografia con embolizzazione di aneurismi arterie periferiche	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1590	Cateterismo arterioso surrenalico bilaterale	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1591	Cavografia con posizionamento filtro cavale endoluminale temporaneo (compresa successiva rimozione) o definitivo	2.700,00		Compresa successiva rimozione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1592	Chemoembolizzazione transarteriosa epatica (TACE)	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1593	Chifoplastica o vertebroplastica	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1594	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna	2.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1595	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna con rimozione calcoli biliari, bilioplastica, posizionamento di endoprotesi multiple	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1596	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare doppio o con endoprotesi	2.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1597	Colangiopancreatografia (ERCP) con papillo-sfinterotomia ed eventuale rimozione di calcoli, compreso eventuale sondino naso-biliare	3.500,00		Compreso eventuale sondino naso-biliare	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1598	Colangiopancreatografia (ERCP) con papillo-sfinterotomia e litotripsia e successiva rimozione di calcoli compreso eventuale sondino naso-biliare	4.200,00		Compreso eventuale sondino naso-biliare	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1599	Colangiopancreatografia (ERCP) con papillo-sfinterotomia, con protesi (metallo o plastica)	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1600	Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP)	700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1601	Colangiopancreatografia operativa con eventuale posizionamento e/o rimozione di protesi, compreso esame	3.200,00		Compreso esame	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1602	Drenaggi percutanei TAC/ECO guidati di ascessi e/o raccolte fluide toraciche o addominali o infiltrazioni muscolari per sindrome mio-fasciale (compresi esami e prestazione radiologica)	1.500,00		Compresi esami e prestazione radiologica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1603	Dilatazione percutanea di stenosi ureterale con o senza posizionamento di stent	1.500,00		Escluso stents	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1604	Drenaggio biliare per via endoscopica	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1605	Disostruzione tubarica monolaterale	2.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Monolaterale.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1606	Disostruzione tubarica bilaterale	2.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Bilaterale.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1607	Embolizzazione fibromiomi utero	2.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1608	Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/ o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici	6.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1609	Endoarteriectomia dei vasi intracranici	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1610	Fibrinolisi occlusione arteriosa	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1611	Flebografia con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna o vena ovarica monolaterale	2.000,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1612	Flebografia con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna o vena ovarica bilaterale	2.200,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1613	Pielografia monolaterale percutanea operativa con drenaggio	700,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1614	Pielografia bilaterale percutanea operativa con drenaggio	1.000,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1615	Pseudocistogastrotomia percutanea con puntura stomaco e drenaggio transepatico	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1616	Posizionamento di stent gastrointestinali (esofagei, duodenali, colici, etc)	1.500,00		Escluso stents	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1617	Posizionamento di stent carotideo con sistema di protezione cerebrale per trattamento stenosi carotidiche	4.500,00		Escluso stents	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1618	Posizionamento di stent tracheali	1.200,00		Escluso stents	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1619	Posizionamento port-a-cath arterioso epatico con guida ecografica con arteriografia epatica ed embolizzazione arteria gastroduodenale	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1620	Pseudocistogastrotomia percutanea per rimozione drenaggio transgastrico e posizionamento endoprotesi pseudocisto-gastrica	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1621	Stand by dei chirurghi vascolari (presenza intera équipe) per interventi di radiologia interventistica, salvo i casi descritti in cui il compenso è già compreso nelle voci stesse	1.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1622	Termoablazione o Crioablazione di neoplasie primitive o metastasi	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1623	Shunt peritoneo-giugulare, intervento o revisione di	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1624	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1625	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune di embolizzazione arteria ipogastrica	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1626	TIPS (shunt porto-sovraepatico)	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3205	Alcolizzazione percutanea di lesioni solide o cistiche epatiche	1.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Urologia (trattamenti completi) - Diagnostica Urologica - Urologia endoscopica ed operativa

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

I materiali speciali e i medicinali utilizzati nell'ambito delle procedure urologiche sono rimborsati così come descritto nella relativa Sezione D, salvo quanto diversamente indicato nella descrizione delle prestazioni.

Gli interventi eseguiti in endoscopia si intendono comprensivi di eventuale uretrotomia, lisi di aderenze transuretrali ed incisione del collo vescicale.

Quanto esposto nelle premesse della sezione O è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Piccoli interventi e diagnostica urologica

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1627	Cambio tubo cistostomico	60,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1628	Cambio tubo pielostomico	90,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1629	Cateterismo vescicale nella donna (come unica prestazione)	40,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unica prestazione	Prescrizione medica specialista.
1630	Cateterismo vescicale nell'uomo con patologia stenotica (come unica prestazione)	60,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unica prestazione	Prescrizione medica specialista.
1631	Cistomanometria	70,00			Prescrizione medica specialista.
1632	Dilatazione del meato uretrale (come unica prestazione)	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unica prestazione	Prescrizione medica specialista.
1633	Esame urodinamico completo	150,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1634	Esame urodinamico più test farmacologici	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1635	Instillazione vescicale con chemioterapico (per seduta, compreso cateterismo vescicale)	80,00	Rimborsabile Max 8 sedute l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non sovrapponibile ad altra tipologia di instillazione. Compreso cateterismo vescicale. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica specialista.
1636	Parafimosi, riduzione incruenta di	160,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1637	Prostata, massaggio della (a scopo diagnostico)	40,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1638	Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta)	45,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta.	Prescrizione medica specialista.
1639	Uroflussimetria	45,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista.
1640	Vescica neurologica, infiltrazioni intradetrusoriali con tossina botulinica (a seduta, max 10 sedute/anno)	100,00	Rimborsabile Max 10 sedute l'anno	Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non sovrapponibile ad altra tipologia di instillazione. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica specialista.

Endoscopia diagnostica

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1641	Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	350,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1642	Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale	450,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Monolaterale.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1643	Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Bilaterale.	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1644	Cromocistoscopia per valutazione funzionale	200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1645	Pieloureteroscopia percutanea diagnostica	900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1646	Ureteroscopia e/o ureterorenoscopia (omnicomprensiva)	1.200,00		Comprensivo di strumentazione/apparecchiatura. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1647	Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	175,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico atto diagnostico	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1648	Uretrocistoscopia semplice in sedazione compreso anestesista	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Compresa sedazione e prestazione anestesista. Come unico atto diagnostico	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1649	Uretrocistoscopia con biopsia/e (come unico intervento)	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Endoscopia operativa

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1650	Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1651	Cistite postattinica, trattamento completo	2.000,00		Tattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1652	Collo vescicale, interventi endoscopici disostruttivi	2.200,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1653	Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1654	Diatermocoagulazione di diverticoli vescicali	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3206	Prostata, intervento di revisione per sanguinamento post resezione endoscopica, compresa rimozione di coaguli endovesicali	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1655	Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	1.500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Per seduta.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1656	Endopielolitomia per stenosi del giunto pielo-ureterale	2.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1657	Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1658	Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1659	Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	2.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1660	Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	2.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1661	Meatotomia ureterale (come unico intervento)	1.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1662	Meatotomia uretrale (come unico intervento)	1.100,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1663	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1664	Pieloureterosopia percutanea operativa	2.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1665	Prostata, interventi con laser o metodiche interstiziali	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1666	Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, esclusi i casi descritti)	3.800,00		Qualsiasi tecnica. Qualsiasi apparecchiatura/strumentazione. Esclusi i casi già descritti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1667	Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	2.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1668	Stent ureterale, rimozione di	500,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1669	Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	1.200,00		Come unico intervento. Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1670	Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	1.600,00		Come unico intervento. Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1671	Ureterocele, intervento endoscopico per	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1672	Uretrotomia endoscopica (come unico intervento)	1.900,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1673	Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	1.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1674	Wall Stent per stenosi uretrali compresa cistostomia	3.700,00		Compresa cistostomia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1675	Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	2.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Urologia - Atti chirurgici

Rene

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1676	Agobiopsia renale percutanea	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1677	Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	1.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1678	Cisti renale per via percutanea, puntura di	450,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1679	Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	600,00		Comprensivo di sostante sclerosanti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1680	Cisti renale, resezione	5.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1681	Eminefrectomia	9.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1682	Lombotomia per ascessi pararenali	3.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1683	Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)	10.000,00		Compresa surrenectomia ed eventuale trattamento di trombo cavale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1684	Nefrectomia polare	9.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1685	Nefrectomia semplice	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1686	Nefrolitotripsia percutanea monolaterale	4.300,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1687	Nefrolitotripsia percutanea bilaterale	6.900,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1688	Nefropessi	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1689	Nefrostomia percutanea monolaterale	2.200,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1690	Nefrostomia percutanea bilaterale	2.800,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1691	Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	10.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1692	Nefroureterectomia radicale (compresa eventuale surrenectomia)	9.500,00		Compresa eventuale surrenectomia	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1693	Pielocalicolitomia (come unico intervento)	3.200,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1694	Pielocentesi (come unico intervento)	650,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1695	Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	4.400,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1696	Pielouretero plastica per stenosi del giunto	7.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1697	Stomia renale, chiusura di	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1698	Surrenectomia (trattamento completo)	8.500,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1699	Trapianto di rene (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00		Omicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Uretere

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1700	Fistola uretero-intestinale, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.400,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1701	Fistola uretero-intestinale, intervento con resezione intestinale ed anastomosi (qualsiasi tecnica)	3.000,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1702	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.800,00		Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1703	Megauretere, intervento per rimodellaggio	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1704	Transuretero-ureteroanastomosi (come unico intervento)	2.400,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1705	Ureterectomia segmentaria	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1706	Ureterocistoneostomia monolaterale (come unico intervento)	3.600,00		Come unico intervento. Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1707	Ureterocistoneostomia bilaterale (come unico intervento)	4.500,00		Come unico intervento. Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1708	Ureterocutaneostomia monolaterale	1.800,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1709	Ureterocutaneostomia bilaterale	2.500,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1710	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	5.000,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1711	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	7.500,00		Bilataterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1712	Uretero-ileo-anastomosi monolaterale (come unico intervento)	3.500,00		Come unico intervento. Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1713	Uretero-ileo-anastomosi bilaterale (come unico intervento)	3.700,00		Come unico intervento. Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1714	Ureteroileocutaneostomia non continente	4.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1715	Ureterolisi più omentoplastica	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1716	Ureterolitotomia lombo-iliaca	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1717	Ureterolitotomia pelvica	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1718	Ureterosigmoidostomia monolaterale	2.600,00		Monolaterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1719	Ureterosigmoidostomia bilaterale	3.000,00		Bilataterale	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Vescica

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1720	Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1721	Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1722	Cistectomia parziale semplice	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1723	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	9.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1724	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1725	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	8.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1726	Cistocentesi (come unico intervento)	180,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1727	Cistolitotomia (come unico intervento)	2.000,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1728	Cistopessi	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1729	Cistorrafia per rottura traumatica	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1730	Cistostomia sovrapubica (come unico intervento)	800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1731	Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	2.500,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1732	Diverticulectomia	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1733	Estrofia vescicale (trattamento completo)	8.800,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1734	Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1735	Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	2.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1736	Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	4.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1737	Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1738	Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1739	Posizionamento di sospensione uretrale (TVT), trattamento dell'incontinenza urinaria	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1740	Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1741	Vescicoplastica antireflusso bilaterale	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1742	Vescicoplastica antireflusso unilaterale	3.100,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Prostata

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1743	Agoaspirato/agobiopsia prostata (qualsiasi numero di prelievi, comprovato da referto dell'esame istologico) ecoguidata	350,00		Indipendentemente dal numero di prelievi. Comprensivo dell'ecografia. Applicabile anche nei casi di tecnica Fusion a cui si somma anche la R.M. prostatica codice 2915. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Referto istologico.
1744	Biopsia prostatica a saturazione	1.000,00		Indipendentemente dal numero di prelievi. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura. Referto istologico.
1745	Cura per affezione della prostata con Prostathermer (per ciclo di cura annuale)	1.200,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Indipendentemente dal numero di sedute (per intero ciclo annuale). Prestazione soggetta a limite.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura con specifica del numero di sedute. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1746	Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.800,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1747	Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)	9.000,00		Compresa eventuale legatura dei deferenti. Qualsiasi accesso. Qualsiasi tecnica	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1748	Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Uretra

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1749	Calcoli o corpi estranei, rimozione di	720,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1750	Caruncola uretrale	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1751	Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	2.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1752	Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1753	Epispadia o ipospadia balanica e uretropolitana, intervento per	3.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1754	Epispadia o ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per	3.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1755	Fistole uretrali	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3207	Revisione di uretroplastica	3.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1756	Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	3.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1757	Ipospasia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica)	4.700,00		Trattamento completo. Compresa plastica.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1758	Meatotomia e meatoplastica	1.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1759	Polipi del meato, coagulazione di	650,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1760	Prolasso mucoso uretrale	1.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1761	Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1762	Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	3.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1763	Rottura traumatica dell'uretra	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1764	Terapia rieducativa minzionale (in regime di ricovero, per seduta)	35,00		Limitatamente a terapie eseguite durante il ricovero notturno. Non è riconosciuto il ricovero notturno per la sola esecuzione della terapia.	Cartella clinica con il diario delle sedute di terapia e verbale di sala operatoria (nel caso di ricovero con intervento chirurgico)
1765	Uretrectomia segmentaria	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1766	Uretrectomia totale	2.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1767	Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1768	Uretroplastiche (lambi liberi o pedunculati), trattamento completo	5.500,00		Trattamento completo	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1769	Uretrostomia perineale	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Apparato genitale maschile

Premesse specifiche di branca:

La peniscopia è compresa nella visita.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1770	Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	550,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1771	Biopsia testicolare a cielo aperto (come unico intervento)	1.300,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1772	Biopsia testicolare monolaterale	900,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Monolaterale.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1773	Biopsia testicolare bilaterale	1.000,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Bilaterale.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1774	Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi	1.900,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1775	Corporoplastica (come unico intervento)	3.700,00		Come unico intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1776	Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	5.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1777	Epididimectomia	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1778	Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	980,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1779	Fistole scrotali o inguinali	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1780	Frenulotomia e frenuloplastica	400,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1781	Funicolo, detorsione chirurgica del	1.800,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1782	Idrocele, intervento per	1.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1783	Idrocele, puntura di	250,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista. Relazione medica che dettagli la procedura
1784	Lichen scleroatrofico penieno, intervento di plastica ricostruttiva	2.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1785	Orchidopessi monolaterale	2.200,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1786	Orchidopessi bilaterale	3.000,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1787	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale	8.000,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1788	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale	10.000,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1789	Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	1.900,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1790	Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	2.300,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1791	Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	2.800,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1792	Parafimosi, intervento per (come unico intervento)	700,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Come unico intervento.	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica con verbale di sala operatoria.
1793	Pene, amputazione parziale del	3.200,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1794	Pene, amputazione totale con linfadenectomia	8.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1795	Pene, amputazione totale del	4.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1796	Priapismo (percutanea), intervento per	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1797	Priapismo (shunt), intervento per	2.700,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1798	Rafe mediano breve, trattamento chirurgico	1.800,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1799	Sclerosi della fascia di Buck, intervento per (qualsiasi trattamento)	4.000,00		Non assimilabile a terapie infiltrative	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1800	Scroto, resezione dello	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1801	Scroto, riparazione di lacerazione o fistola dello	1.500,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1802	Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	1.600,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1803	Varicocele con tecnica microchirurgica	2.300,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
1804	Varicocele, intervento chirurgico per	2.000,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

SEZIONE P. - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Premesse specifiche di branca:

Il Fondo rimborsa tutti gli accertamenti esposti e nei limiti del presente Nomenclatore-Tariffario, comprese le analisi genetiche, unicamente se eseguiti con finalità diagnostico – terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale. Sono esclusi gli accertamenti imputabili alla ricerca e/o alla sperimentazione clinica, alla medicina predittiva e prestazioni riconducibili a check-up e medicina preventiva indipendentemente dalla tipologia o dalla motivazione per il quale si eseguono.

Per accedere ai rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la prescrizione del medico specialista e/o medico di base con l'indicazione del tipo di patologia o il quesito diagnostico che ha reso necessari gli accertamenti stessi. Si precisa che i check up e/o gli accertamenti riconducibili ai check up non sono rimborsabili dal Fasi indipendentemente se corredati da prescrizione con diagnosi certa o presunta. Il Fasi si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti diagnostici e di valutare l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata.

Per alcune tipologie di esami, eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo (o comunque per l'esame meno oneroso) si intendono ridotte del 50%.

Tutti gli accertamenti diagnostici sono rimborsabili solo se regolarmente fatturati da Strutture Sanitarie autorizzate dal S.S.R..

Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono rimborsabili solo se descritte nel Nomenclatore-Tariffario e nei limiti previsti dallo stesso.

L'eventuale assistenza anestesiologicala per gli esami diagnostici e/o invasivi, laddove necessaria, è compresa nella tariffa prevista per il singolo esame, salvo quanto, eventualmente, specificatamente descritto dal Fasi.

Per gli esami radiologici e gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare, le relative tariffe si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva. Le tariffe sono comprensive dell'onorario del radiologo e/o del medico nucleare e/o di altri specialisti (anestesista/assistenza anestesiologicala), dei tecnici e, ove non diversamente ed esplicitamente previsto dalle singole premesse specifiche di branca, anche dei mezzi di contrasto, materiali, medicinali e quant'altro necessario ai fini dell'esame. È pertanto escluso, da parte delle Strutture Sanitarie, l'addebito di quanto sopra per gli Assistenti del Fondo, oltre gli accertamenti stessi.

Si ricorda che gli accertamenti diagnostici sono rimborsabili, anche se fruiti tramite pagamento del ticket, qualora quest'ultimo sia riferito esplicitamente a prestazioni riportate nel Nomenclatore-Tariffario vigente all'atto del saldo. Nel caso di contemporaneo pagamento del ticket per prestazioni in convenzione con il S.S.R. e di prestazioni private, è indispensabile fare indicare dalla Struttura Sanitaria, oltre il tipo di prestazione, la ripartizione degli importi tra ticket e prestazione privata.

Si precisa che le limitazioni quantitative e/o temporali, eventualmente previste per le prestazioni, saranno applicate anche a quelle soggette al pagamento del solo ticket.

Analisi cliniche

Premesse specifiche di branca:

Le analisi si intendono eseguite con qualsiasi tecnica e metodica e la tariffa si intende cadauna salvo quanto specificato per le singole voci.

Il prelievo è compreso nella tariffa dell'esame a cui si riferisce, salvo i casi specificatamente descritti nella sottobrancha "Prelievi".

Se non diversamente specificato, gli esami sono riferiti a qualsiasi tipo di liquido o tessuto biologico.

Si precisa che l'esame di "Proteinemia Totale" è compreso nell'esame "Elettroforesi delle siero proteine".

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1805	11 corticosteroidi totali	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1806	17 Alfa Idrossi Progesterone (17 OHP)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1807	17 idrossicorticosteroidi	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1808	17 ketosteroidi	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1809	5 idrossindolacetico (5 HIAA)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1810	5 nucleotidasi	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1811	Acetilcolinesterasi	5,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1812	Acetone o acetonuria	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1813	Acidi biliari	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1814	Acidi grassi liberi (NEFA)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1815	Acido arachidonico	21,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1816	Acido citrico urinario	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1817	Acido delta amino levulinico (ALA)	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1818	Acido desossiribonucleico nativo (nDNA)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1819	Acido ippurico/metilippurico	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1820	Acido ialuronico (HA)	21,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1821	Acido lattico	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1822	Acido mandelico	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1823	Acido omovanillico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1824	Acido para aminoippurico (PAI)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1825	Acido piruvico o fenilpiruvico	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1826	Acido sialico	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1827	Acido valproico	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1828	Acido vanilmandelico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1829	ACTH (ormone corticotropo)	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1830	Adenosinmonofosfato ciclico (AMPc)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1831	ADH (ormone antidiuretico)	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1832	Agglutinazione per altri ceppi di germi	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1833	Agglutinazione per pertosse	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1834	Agglutinine a freddo	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1835	Ala Deidraasi Eritrocitaria	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1836	Albumina sierica (o albumin colon test)	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1837	Albumina 24h (urine)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1838	Alcoolimetria	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1839	Aldolasi sierica (o altri enzimi non specificati)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1840	Aldosterone basale	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1841	Aldosterone clinostatismo o ortostatismo	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1842	Alfa 1 antitripsina	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1843	Alfa 1 fetoproteina nel sangue	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1844	Alfa 1 fetoproteina nel liquido amniotico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1845	Alfa 1 glicoproteina acida	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1846	Alfa 1 microglobulina	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1847	Alfa 2 antiplasmina	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1848	Alfa 2 macroglobulina	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1849	Alfa androstenediolo 3Alfa	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1850	Amilasi isoenzimi (frazione pancreatica)	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1851	Amilasi sierica o urinaria	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1852	Aminoacidi, dosaggio singolo	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1853	Aminoacidi totali (S/U)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1854	Ammine aromatiche urinarie (benzolo e derivati e solventi inorganici)	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1855	Ammoniaca nelle urine	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1856	Ammonio plasmatico	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1857	Anaerobiosi, esame colturale in	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1860	Androstenediolo glucuronide	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1861	Androstenedione sierico (D4)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1862	Anfetamina	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1863	Angiotensin Converting Enzyme (A.C.E.)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1864	Angiotensina I basale	13,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1865	Angiotensina I basale e dopo stimolo con furosemide	26,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1866	Antiaritmici, dosaggio (Amiodarone, Disopiramide, Flecainide, Lidocaina, Procainamide, etc.)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1867	Antibiogramma (almeno 10 antibiotici)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1868	Antibiogramma per micobatteri (almeno 3 antibiotici)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1869	Antibiotici, dosaggio sierico (amoxicillina, ampicillina, penicillina, gentamicina, kanamicina, netilmicina, streptomycin, vancomicina ed altri)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1870	Anticoagulanti acquisiti, ricerca	5,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1871	Anticorpi anti adenovirus	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1872	Anticorpi anti antigeni citoplasmatici (ANCA)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1873	Anticorpi anti bordetella pertussis totali o IgG o IgM	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1874	Anticorpi anti borrelia burgdoferi	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1875	Anticorpi anti brucella	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1876	Anticorpi anti canali del calcio	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1877	Anticorpi anti cardiolipina IgA o IgG o IgM	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1878	Anticorpi anti cellule parietali gastriche (PCA)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1879	Anticorpi anti centromero	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1880	Anticorpi anti chlamydia	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1881	Anticorpi anti citomegalovirus Ig totali o IgG o IgM	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1882	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (ANCA)	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1883	Anticorpi anti citrullina	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1884	Anticorpi anti colon	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1885	Anticorpi anti dotti salivari	23,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1886	Anticorpi anti endomisio	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1887	Anticorpi anti endotelio	16,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1888	Anticorpi anti coxsakie (ciascuna)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1889	Anticorpi anti echinococco (echinotest)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1890	Anticorpi anti echovirus	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1891	Anticorpi anti Ena	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1892	Anticorpi anti entoameba o altri parassiti	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1893	Anticorpi anti Epstein Barr virus IgG e IgM (VCA e/o EBNA e/o EA)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1894	Anticorpi anti eritrocitari attivi a freddo (crioagglutinine)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1895	Anticorpi anti eritrociti o leucociti o piastrine (test di Dixon diretto o indiretto) ricerca ed eventuale titolo	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1896	Anticorpi anti fattore intrinseco	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1897	Anticorpi anti fattore VIII	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1898	Anticorpi anti gangliosidi	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1899	Anticorpi anti febbre Q	12,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1900	Anticorpi anti Giardia Lamblia	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1901	Anticorpi anti Gliadina IgA o IgG	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1902	Anticorpi anti HAV IgG/HAV IgM	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3208	Anticorpi anti HBcAg o HBcAgIgM o HBeAg o HBsAg	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1903	Anticorpi anti HCV	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1904	Anticorpi anti HDV/HDV IgM	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1905	Anticorpi anti HEV (virus dell'epatite E)	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1906	Anticorpi anti HGV/GBV-C (virus dell'epatite G)	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1907	Anticorpi anti HLA (titolazione per singola specificità)	35,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1908	Anticorpi anti Helicobacter Pylori	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1909	Anticorpi anti herpes virus (Tipo 1 o 2) IgG o IgM	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1910	Anticorpi anti HIV	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1911	Anticorpi anti influenza A o B	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1912	Anticorpi anti insula pancreatica	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1913	Anticorpi anti insulina (AIAA)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1914	Anticorpi anti interferon	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1915	Anticorpi anti istone	42,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1916	Anticorpi anti lattoglobulina IgG	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1917	Anticorpi anti legionelle	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1918	Anticorpi anti leishmania	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1919	Anticorpi anti leptospira	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1920	Anticorpi anti listeria	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1921	Anticorpi anti MAG	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1922	Anticorpi anti membrana basale	21,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1923	Anticorpi anti miceti (ricerca)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1924	Anticorpi anti micobatteri IgG o IgM	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1925	Anticorpi anti micoplasmi	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1926	Anticorpi anti microsomi epatici e renali (LKMA)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1927	Anticorpi anti microsomiali (AbTMS) o antipe-rossidasi (AbTPO)	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1928	Anticorpi anti mielina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1929	Anticorpi anti mitocondri	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1930	Anticorpi anti morbillo (Ig totali o IgG o IgM)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1931	Anticorpi anti muscolo liscio	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1932	Anticorpi anti muscolo striato (cuore)	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1933	Anticorpi anti nDNA	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1934	Anticorpi anti neisseria gonorrea	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1935	Anticorpi anti nucleo	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1936	Anticorpi anti organo	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1937	Anticorpi anti ovaio	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1938	Anticorpi anti parotite (IgG o IgM)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1939	Anticorpi anti parotite Ig totali	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1940	Anticorpi anti polisaccaride C streptococco B emol. Gr A	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1941	Anticorpi anti parvovirus B19	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1942	Anticorpi anti pneumococco	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1943	Anticorpi anti recettore dell'acetilcolina	31,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1944	Anticorpi anti recettori del TSH	22,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1945	Anticorpi anti reticolina	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1946	Anticorpi anti retrovirus (HTLV1 - HTLV2)	77,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1947	Anticorpi anti ribosomi	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1948	Anticorpi anti rickettsie	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1949	Anticorpi anti RNA	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1950	Anticorpi anti rosolia (Ig totali o IgG o IgM)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1951	Anticorpi anti schistosoma	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1952	Anticorpi anti spermatozoi	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1953	Anticorpi anti streptococco (DNAsi B)	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1954	Anticorpi anti surrene	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1955	Anticorpi anti tessuto	23,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1956	Anticorpi anti testicolo	16,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1957	Anticorpi anti tireoglobulina (Abtg)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1958	Anticorpi anti tossina del clostridium tetani	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1959	Anticorpi anti toxocara	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1960	Anticorpi anti toxoplasma (Ig totali o IgG o IgM o IgA)	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1961	Anticorpi anti trasglutaminasi tissutale (tTG)	22,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1962	Anticorpi anti treponema P (IgG FTA o IgM FTA)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1963	Anticorpi anti tripanosoma Cruzi	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1964	Anticorpi anti varicella Zooster virus (Ig totali o IgG o IgM)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1965	Anticorpi anti virus respiratorio sinciziale	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1966	Anticorpi antiplasmodi	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1967	Anticorpi sierici anti citoscheletro	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1968	Altri anticorpi anti	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1969	Antidepressivi triciclici, dosaggio	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1970	Antigene Australia (HbsAg)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1975	Antigene Delta (HDV Ag)	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1976	Antigene e virus epatite B (HB e Ag)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1977	Antigene Helicobacter Pylori nelle feci	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1978	Antigene legionella pneumofila	13,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1982	Antigeni batterici cellulari ed extracellulari e/o prodotti metabolici, ricerca ed identificazione	2,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1983	Antigeni eritrocitari non RH (ciascuno)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1984	Antigeni HLA (ciascuno)	22,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1985	Antigeni eritrocitari CD55/CD59	21,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1986	Antigeni virali, ricerca diretta ed identificazione	13,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1987	Antimicogramma	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1988	Antitrombina III	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1989	Antitromboplastina	31,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1991	Apolipoproteina A e B (ciascuna)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1992	Aptoglobine	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1993	Asbestosi, ricerca dei corpuscoli nell'escreato	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1994	Attivatore tissutale del plasminogeno (tPA)	23,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1995	Azotemia	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1996	Azoto nelle urine delle 24 ore	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1997	Bacillo di Kock, esame batteriologico o colturale	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1998	Bacillo difterico, esame colturale	10,00		Comprensivo di eventuale identificazione ed antibiogramma	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1999	Bacillo difterico, esame microscopico	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2000	Barbiturici	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2001	Batteri anaerobi, ricerca ed identificazione	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2002	Batteri, ricerca microscopica	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2003	Bence Jones, proteina di	5,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2004	Benzodiazepine	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2005	Beta 2 Glicoproteina 1 (SP1)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2006	Beta 2 microglobulina urinaria e plasmatica	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2007	Beta HCG (Gonadotropina corionica o subunità Beta plasmatica e urinaria)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2008	Beta tromboglobuline	31,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2009	Bicarbonati	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2010	Bilirubina nel liquido amniotico (curva spettrofotometrica)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2011	Bilirubinemia diretta	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2012	Bilirubinemia totale	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2014	BNP, brain natriuretic peptide	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2015	Breath test urea per Helicobacter Pylori	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2016	Breath test all'idrogeno per malassorbimento alimentare	70,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2017	Breath test al lattosio per intolleranza al lattosio	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2018	Broncoaspirato, esame colturale	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2019	C peptide	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2020	C peptide dopo carico di glucosio (4 dosaggi)	38,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2021	C1 esterasi inibitore	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2022	Cadmio	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2023	Calcio nelle urine delle 24 ore	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2024	Calcio ionizzato	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2025	Calcitonina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2026	Calcoli e concrezioni, esami	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2027	Calcoli urinari, esame	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2028	Calprotectina fecale	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2030	Cannabinoidi	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2031	Carbamazepina (dosaggio farmaci)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2032	Carbossi emoglobina (Co emoglobina)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2041	Carnitina	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2042	Catecolamine sieriche	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2043	Catecolamine urinarie (adrenalina o noradrenalina)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2044	Catecolamine urinarie totali	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2045	Catene Kappa e Lambda, rapporto delle	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2046	CBG (proteina legante gli ormoni corticosteroidi o transcortina)	18,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2048	Cellule L.E. ricerca nel sangue periferico	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2049	Ceruloplasmina	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2050	CH 50	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2051	Chimotripsina nelle feci + potere triptico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2052	Chinidina (dosaggio farmaco cardiattivo)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2053	Ciclosporina	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2054	Cistinuria	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2055	Clamidia (ricerca ed identificazione)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2056	Clostridium difficile (ricerca ed identificazione)	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2057	Cocaina (droghe d'abuso)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2058	Coenzima Q10	18,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2059	Colesterolo esterificato	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2060	Colesterolo HDL o LDL	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2061	Colesterolo totale o colesterolemia	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2062	Colinesterasi (CHE)	5,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2063	Colinesterasi con numero di dibucaina	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2064	Colinesterasi eritrocitaria	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2065	Collagen Cross Linking	21,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2066	Coltura di amniociti	110,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2067	Coltura di cellule di altri tessuti	108,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2068	Coltura di cellule emopoietiche: BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (ciascuna)	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2069	Coltura di fibroblasti	120,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2070	Coltura di linee cellulari o linfocitarie stabilizzate	165,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2071	Coltura di linfociti fetali o periferici	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2072	Coltura mista linfocitaria	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2073	Colturali, altri esami non descritti	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2074	Complemento frazione C1q	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2075	Complemento frazione C3	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2076	Complemento frazione C3 att.	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2077	Complemento frazione C4	8,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2079	Conta di Addis	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2085	Coproporfirine	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2086	Corpi chetonici	0,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2087	Cortisolo urinario o plasmatico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2088	Creatin chinasi (CPK)	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2089	Creatin chinasi isoenzimi (CPK - MB)	5,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2090	Creatin chinasi isoforme	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2091	Creatinina clearance (compreso dosaggio creatinuria)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2092	Creatinina nel liquido amniotico	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2093	Creatininemia	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2094	Creatininuria su campione delle 24 h (unico esame)	5,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2095	Crioconservazione di colture cellulari (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	40,50		Limitatamente ai casi di trapianto di midollo	Prescrizione medica con diagnosi certa
2096	Crioconservazione di cellule e tessuti (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	40,50		Limitatamente ai casi di trapianto di midollo	Prescrizione medica con diagnosi certa
2097	Crioconservazione di cellule staminali (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	425,50		Limitatamente ai casi di trapianto di midollo	Prescrizione medica con diagnosi certa
2098	Crioconservazione sospensioni linfocitarie (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	40,00		Limitatamente ai casi di trapianto di midollo	Prescrizione medica con diagnosi certa
2099	Crioglobuline (ricerca e dosaggio)	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2100	Cromatina sessuale o di Barr	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2101	Cromo, dosaggio	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2103	Curva glicemica da carico	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2104	Curva insulinemica da carico dopo test farmacologici	31,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2105	Curva LH e FSH dopo somministrazione di GNRH (minimo 5 dosaggi)	72,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2106	Curva prolattina dopo somministrazione di TRH	49,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2107	Curva TSH dopo stimolo con TRH (minimo 5 dosaggi)	43,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2108	D-dimero	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2111	Deidroepiandrosterone (DEA) o DEAS	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2112	Desferrioxamina, prova della	31,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2113	Determinazione antigeni vari (Kell, Duffy, etc.)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2114	Diametro medio e volume delle emazie (unico esame)	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2115	Digoxina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2116	Diidrotosterone (DHT)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2117	Dopamina plasmatica o urinaria	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2118	Elastasi, dosaggio	18,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2119	Elettroforesi delle lipoproteine	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2120	Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale)	8,00		Non sovrapponibile al dosaggio delle proteine totale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2121	Elettroforesi delle proteine urinarie (compreso dosaggio delle proteine totali)	7,00		Non sovrapponibile al dosaggio delle proteine totale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2122	Elettroforesi emoglobina	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2123	Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine)	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2124	Emazie fetali, ricerca delle	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2125	Emocoltura	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2126	Emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2128	Emogasanalisi (PH, PCO2, PO2 e parametri derivati)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2129	Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa o ad alta concentrazione	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2130	Emogasanalisi prima e dopo iperventilazione	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2131	Emoglobina A2	8,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2132	Emoglobina fetale (dosaggio)	8,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2133	Emoglobina glicosilata HbA1c	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2134	Emoglobina Hb	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2135	Emoglobina nel liquido amniotico	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2136	Emoglobina, ricerca, mutazioni delle catene globiniche	16,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2137	Emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, etc.)	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2138	Emolisina acida (Test di Ham)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2139	Emolisina bifasica (Test di Donath-Landstainer)	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2140	Enolasi Neurone Specifica (NSE)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2141	Enterobatteri, esame colturale	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2142	Enzimi leucocitari (markers citochimici)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2143	Eparina	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2144	Eritrociti, dosaggio del sodio o del potassio o del calcio o del magnesio	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2145	Eritropoietina su siero o urine	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2146	Espettorato, esame colturale	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2147	Essudati e trasudati, esame chimico e microscopico (P.S., Rivalta, Dos. Prot.)	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2148	Estradiolo - 17 beta estradiolo	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2149	Estriolo	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2150	Estrogeni totali	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2151	Estrone	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2152	Etanolo	18,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2153	Etosuccimide (dosaggio farmaco)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2154	F.D.P. (X.D.P.) plasmatici o urinari	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2155	Farmaci antiinfiammatori, dosaggi (Acetaminofene, paracetamolo, salicilati, etc.)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2156	Farmaci antitumorali, dosaggio (Ciclofosfamide, metotrexate, etc.)	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2159	Fattore di Necrosi Tumorale (TNF)	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2160	Fattore Natriuretico Atriale	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2161	Fattore piastrinico 4 (PF4)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2162	Fattore reumatoide o reumatest	5,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2163	Fattore RH, assetto genico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2164	Fattori della coagulazione (F, II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2165	Feci, esame chimico, microscopico e parassitologico	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2166	Feci, esame colturale (coprocoltura)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2167	Feci, esame parassitologico	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2168	Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2169	Fenilalanina	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2170	Fenitoina (e altri farmaci antiepilettici - Depakin, Tegretol, Zarontin), dosaggio	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2171	Fenobarbitale (dosaggio farmaco)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2172	Fenoli urinari	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2173	Fenomeno L.E.	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2174	Fenotipo RH (compreso Du)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2175	Ferritina	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2176	Ferro urinario	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2177	Fibrinogeno	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2178	Fibrinopeptide A	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2179	Fibronectina	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2181	Flora microbica, esame microscopico	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2182	Fluoro, dosaggio	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2183	Fosfatasi acida	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2185	Fosfatasi alcalina	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2186	Fosfatasi alcalina isoenzimi (anche leucocitaria)	15,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2187	Fosfati clearance	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2188	Fosfo esoso isomerasi (PHI)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2189	Fosfolipasi A	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2190	Fosfolipidemia	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2192	Free beta/MSA-FP screening (13, 2-22, 3 sett.)	138,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2193	Free beta/PAPP-A screening (8, 5-13, 2 sett.)	138,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2194	Fruttosamina (Proteine glicate)	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2195	Fruttosio	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2196	FSH (ormone follicolo stimolante)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2197	Galattosilidrossilisina	26,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2198	Galattosio	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2199	Galattosio (prova da carico)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2200	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT)	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2201	Gamma glutamil transpeptidasi isoenzimi (gamma GT)	5,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2202	Gastrina	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2203	Gastropanel	60,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2204	Glicemia	2,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2205	Glicoproteina ricca in istidina	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2206	Glicosuria nelle 24 ore	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2207	Globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2208	Globulina legante la tiroxina (TBG)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2209	Glucagone	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2210	Glucosio 6 Fosfato-Deidrogenasi (G 6 PDH)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2211	Glucosio nel liquido amniotico	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2212	Glutammato deidrogenasi (GLDH)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2213	Glutazione reduttasi	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2214	Gruppo sanguigno AB0 e fattore RH (con 2 anticorpi)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2215	HBsAg con titolazione	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2216	HBV DNA	29,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2217	HBV DNA - polimerasi	29,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2218	HBV acidi nucleici, ibridazione	61,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2219	HCV genotipo	154,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2220	HCV Riba	103,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2221	HCV RNA qualitativo	103,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2222	HCV RNA quantitativo	118,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2223	HCV sottotipi	103,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2224	HEV RNA sierico	103,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2225	HIV RNA sierico	118,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2226	HIV qualitativo e/o quantitativo	95,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2227	Herpes simplex, ricerca diretta	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2228	HPL (ormone lattogeno placentare o somatomammotropina)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2229	HPV (papillomavirus)	42,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2230	HPV tipizzazione sottotipi	103,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2232	Identificazione di specificità anti HLA contro pannello linfocitario	107,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2233	Idrossibutirrato deidrogenasi (HBDH)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2234	Idrossiprolina urinaria	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2235	Idrossitriptamina (Serotonina)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2236	IGF-1 o IGF-2	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2237	Immuno anti emolisime anti A e/o B	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2238	Immuno anticorpi anti A e/o B ed eventuale titolazione	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2239	Immuno complessi circolanti	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2240	Immuno complessi HBsAg/HBsAb - IgM	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2241	Immunolettroforesi del siero o delle urine	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2242	Immunoglobuline A secretorie nella saliva o in altri liquidi biologici	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2243	Immunoglobuline E specifiche (RAST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	14,50		Indipendentemente dal numero di dosaggi e indipendentemente se per alimenti e/o inalanti	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2244	Immunoglobuline Ig totali o IgA o IgD o IgG o IgM	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2245	Immunoglobuline IgE totali (PRIST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	13,50		Indipendentemente dal numero di dosaggi e indipendentemente se per alimenti e/o inalanti	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2246	Immunoglobuline IgG sottoclasse 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2247	Immunoglobuline linfocitarie di superficie	21,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2248	Inclusioni eritrocitarie	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2250	Indice di Zoja	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3209	Inibina B	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2251	Inibitore attivatore del plasminogeno (PAI I)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2252	Insulina	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2253	Interferone	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2254	Interleuchina 2	24,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3210	Interleuchina 6	25,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2255	Intradermo reazione di Casoni	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2256	Intradermoreazione alla tubercolina (Tine Test)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2257	Intradermoreazione con PPD, candida, streptochinasi e MUMPS (ciascuna)	6,50		Ciascuna	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2258	Iodio	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2259	Isocitrato deidrogenasi sierica (ICDH)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2260	Latte: esame chimico e microscopico	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2261	Lattico deidrogenasi (LDH)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2262	Lattico deidrogenasi isoenzimi	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2263	Lattosio	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2264	LE test	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2265	Leucin Aril Peptidasi (LAP)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2266	Levodopa	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2267	LH	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2268	Lipasi	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2269	Lipemia	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2270	Lipoproteina A	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2271	Lipoproteina X	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2272	Liquido amniotico, esame colturale	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2273	Liquido amniotico, fosfolipidi o rapporto lecitina/sfingomieline	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2274	Liquido cefalo rachidiano, esame chimico, microscopico e morfologico	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2275	Liquido cefalo-rachidiano, esame colturale	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2276	Liquido seminale, esame colturale	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2277	Liquido seminale, esame con indice di fertilità e determinazioni biochimiche	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2278	Liquido sinoviale, esame chimico, fisico e microscopico	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2279	Lisozima	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2280	Litio	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2281	LSD	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2282	Lupus anti coagulante (LAC)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2283	Magnesio s/u	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2284	Malato deidrogenasi sierica (MDH)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2285	Manganese	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2286	Meconio - esame	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2287	Melanuria	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2288	Mercurio	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2289	Metadone	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2290	Metaemoglobina o solfoemoglobina	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2291	Metanefrine urinarie	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2292	Miceti, esame colturale (compresa ricerca ed identificazione)	14,00		Compresa ricerca e determinazione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2293	Micoplasmi urogenitali (ricerca ed identificazione)	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2294	Microalbuminuria, clinostatismo o ortostatismo	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2296	Microarray proteomico per IgE specifiche (qualsiasi numero di determinazioni)	117,50		Qualsiasi numero di determinazioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2297	Midollo osseo, esame colturale	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2298	Midollo osseo, esame per apposizione e/o striscio (caratterizzazione di cellule patologiche con reazioni citochimiche e citoenzimatiche)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2299	Mioglobina (dosaggio)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2300	Monomeri solubili di fibrina (FS test)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2301	Mononucleosi (Monotest)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2302	Mucopolisaccaridi urinari (glicosamminoglicani)	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2303	Mucoprotidemia	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2304	Neopterina	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2305	Nitrati urinari	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2306	Noradrenalina plasmatica	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2307	Noradrenalina urinaria	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2308	Omocisteina	17,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2310	Oppiacei (droghe d'abuso)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3211	Ormone antimulleriano	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2311	Ornitil carbamil trasferasi (OCT)	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2312	Osmolarità plasmatica o urinaria	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2313	Ossalati	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2314	Ossitocina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2315	Osteocalcina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2316	Pannello di Torch (tox, cito, rubeo, herpes) IgG o IgM	49,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2317	PAP (marcatore tumorale)	12,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2318	Parassita malarico o altri parassiti nel sangue	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2319	Paratormone (PTH)	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2320	Paratormone related peptide	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2321	PCA3	40,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2322	Peli e squame cutanee, esame per micosi	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2323	Pepsinogeno I	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2324	PH ematico (unico esame)	10,50		Come unico esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2325	Phadiatop	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2326	Piombo	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2327	Piridinolina (HP) - Deossipiridinolina (LP) - ciascuna	14,50		Ciascuna	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2328	Piruvatokinasi eritrocitaria	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2329	Plasmina sierica	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2330	Plasminogeno	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2331	Polipeptide intestinale vasoattivo (VIP)	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2332	Polipeptide pancreatico sierico (PP)	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2333	Porfirine, ricerca qualitativa e quantitativa	16,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2334	Porfirine, totali	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2335	Porfobilinogeno urinario	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2336	Prealbumina plasmatica	5,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2337	Pregnandiolo	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3212	Pregnenolone Solfato	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2338	Pregnantriolo	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2339	Primidone (dosaggio farmaco)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2340	Procalcitonina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2341	Progesterone	12,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2342	Prolattina (PRL)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2343	Prostaglandina	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2344	Proteina C anticoagulante	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2345	Proteina C plasmatica	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2346	Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa)	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2347	Proteina cationica degli eosinofili (ECP)	28,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2348	Proteina di Waldestrom	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2349	Proteina S antigene plasmatica, libera o totale	12,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2350	Proteine totali nel liquido amniotico	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2351	Proteine urinarie (dosaggio)	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2352	Proteinemia totale	3,50		Non rimborsabile in associazione a elettroforesi delle sieroproteine	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2353	Protoporfirina IX eritrocitaria	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2354	Protoporfirine totali	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2355	Protrombina, frammenti 1, 2	5,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2357	Prova crociata di compatibilità trasfusionale	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2358	Prova crociata piastrinica	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2359	Prova da carico con amminoacidi	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2360	Prova da carico vitamina K	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2361	Prova di compatibilità molecolare pre-trapianto	135,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2362	Prova di compatibilità sierologica pre-trapianto	64,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2363	Prove emogeniche (tempo di stillicidio, tempo di coagulazione, fragilità capillare, etc.)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2364	Purine e loro metaboliti	13,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2365	Rame (cupremia)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2366	Reazione di Paul-Bunnell	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2367	Reazione di Waaler-Rose	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2368	Reazione di Wasserman	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2369	Reazione di Wasserman + 2 reazioni di flocculazione	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2370	Reazione immunologica di gravidanza	4,50		Non rimborsabile in associazione a Beta-HCG (gonadotropina-corionica o subunità Beta molecola intera)	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2371	Recettori degli estrogeni o del progesterone, dosaggio	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2372	Renina o angiotensina II	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2373	Resistenze osmotiche eritrocitarie (test di Simmel)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2374	Reticolociti, conteggio (unico esame)	3,00		Come unico esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2375	Retrazione del coagulo	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2376	Ricerca rosette E	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2377	Rotavirus, ricerca nelle feci	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2378	Salicilato	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2379	Schema di Arneth (unico esame)	2,50		Come unico esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2380	Scotch test (ricerca uova ossiuri)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2383	Sideremia	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2384	Solfati urinari	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2385	Somatomedina	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2386	Somatostatina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2387	Sorbitolo deidrogenasi	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2388	Sostanza amiloide, ricerca	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2389	Spirocheta, esame microscopico	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2390	Stafilococchi e streptococchi, esame colturale	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2391	STH (ormone somatotropo plasmatico o urinario)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2392	Streptozyme, test	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2393	Succo duodenale, esame chimico e microscopico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2394	Succo gastrico, esame chimico e microscopico	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2395	T3 reverse	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2396	T3 uptake	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2397	Tampone auricolare (monolaterale), esame colturale	17,50		Monolaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2398	Tampone congiuntivale (monolaterale), esame colturale	17,50		Monolaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2399	Tampone nasale, esame colturale	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2400	Tampone orofaringeo, esame colturale	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2401	Tampone uretrale, esame colturale	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2402	Tampone vaginale, esame colturale	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2403	Telopeptidi	21,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2404	Tempo di consumo di protrombina	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2405	Tempo di lisi del coagulo o fibrinolisi	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2406	Tempo di lisi euglobulinica	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2407	Tempo di protrombina (PT)	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2408	Tempo di protrombina parziale (PTT)	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2409	Tempo di protrombina residua	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2410	Tempo di ricalcificazione (Howell)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2411	Tempo di trombina (TT)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2412	Tempo di tromboplastina attivata (aPTT)	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2413	Teofillina	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2414	Test alla Bromocriptina	34,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2415	Test alla metacolina	49,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2416	Test alla secretina	49,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2417	Test alla Tolbutamide	49,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2418	Test del sudore, stimolo con pilocarpina (dosaggio cloro, sodio e potassio)	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2419	Test di adesività piastrinica	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2420	Test di aggregazione piastrinica	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2421	Test di autoemolisi	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2422	Test di HAM	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2423	Test di Kleihauer (ricerca di emazie fetali)	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2424	Test di Coombs Moreschi diretto	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2425	Test di Coombs Moreschi indiretto	8,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2426	Test di Kweim (sarcooidosi)	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2427	Test di falcizzazione	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2428	Test di Little-Katz (leucocituria dopo predivisione)	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2429	Test di Nelson Mayer o di immobilizzazione	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2430	Test di Nordin	20,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2431	Test di resistenza alla proteina C attivata	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2432	Test di Stamey	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2433	Test di stimolazione di STH (GH) - 5 dosaggi	41,00		5 dosaggi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2434	Test di stimolazione con ACTH (o test al Synacthen) rapido (tre dosaggi)	36,50		3 dosaggi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2435	Test di stimolazione linfocitaria (fitoemoagglutinazione o altro) - blastogenesi	28,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2436	Testosterone libero	14,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2437	Test di Thorn con stimolo con ACTH	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2438	Testosterone plasmatico o urinario	13,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2439	Tipizzazione antigeni A-B-0	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2440	Tipizzazione biochimica o sierologica di germi o salmonelle	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2441	Tipizzazione di cellule emopoietiche (fino a 6 antigeni)	13,50		Fino a 6 antigeni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2444	Tipizzazione linfocitaria (qualsiasi numero di sottopopolazioni)	82,50		Qualsiasi numero di sottopopolazioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2445	Tipizzazione sierologica HLA classe I e II	190,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2446	Tireoglobulina	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2447	Tiroxina libera (FT4)	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2448	Tiroxina totale (T4)	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2449	Titolo anti stafilolisinico (TAF)	4,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2450	Titolo anti streptochinasico	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2451	Titolo anti streptoaluronidasico	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2452	Titolo anti streptolisinico (TAS o ASLO)	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2453	TPHA	7,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2454	Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) o glutammico piruvica (GPT)	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2455	Transcobalamina	18,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2456	Transferrina (capacità ferro legante)	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2457	Transferrina carboidrato carente (CDT)	11,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2458	Transferrina totale	8,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2459	Transglutaminasi tissutale (tTG)	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2460	Trichomonas: ricerca	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2461	Trigliceridi	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2462	Triiodotironina libera o totale (FT3 o T3)	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2463	Triiodotironina uptake (T3 uptake)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2464	Tripsina s/u	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2465	Tritest o bitest	51,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2466	Trombina - Antitrombina III complesso (TAT)	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2467	Trombina coagulasi	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2468	Tromboelastogramma	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2469	Trombossano B2	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2470	Troponina I o T cardio specifico	21,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2471	TSH (ormone tireotropo)	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2472	Urati clearance	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2473	Urea, clearance	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2474	Uricemia	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2475	Uricuria nelle 24 ore	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2476	Urine, esame chimico e microscopico completo	3,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2477	Urine, esame parziale (acetone e glucosio quant.)	1,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2478	Urine: prova di concentrazione e/o diluizione (come unico esame)	3,00		Come unico esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2479	Urinocoltura	11,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2480	Uroporfirine	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2481	Valore ematocrito (unico esame)	1,00		Come unico esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2482	VDRL	3,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2483	Velocità di sedimentazione delle emazie	2,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2484	Vibrione colerico nelle feci (ricerca diretta)	6,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2485	Virus esame colturale	34,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2486	Virus ibridazione acidi nucleici	71,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2487	Virus respiratorio sinciziale (ricerca diretta)	18,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2488	Viscosità ematica	32,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2489	Viscosità plasmatica	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2490	Vitamina A (retinolo)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2491	Vitamina B12 o Folati (acido folico)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2492	Vitamina B6	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2493	Vitamina D (1-25 OH)	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2494	Vitamina D3 (25 OH Vit. D3)	19,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2495	Vitamine liposolubili o idrosolubili, dosaggio plasmatico	12,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2496	Weil-Felix, (tifo petecchiale) agglutinazione per	9,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2497	Western Blot - Test di conferma per infezioni virali	129,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2498	Widal (tifo e paratifo A e B), agglutinazione per	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2499	Widal-Wright (tifo, paratifo e melitense), agglutinazione per	7,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2500	Xilosio	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2501	Zinco (o altri metalli non specificati - alluminio, nichel, selenio, etc.), dosaggio	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2502	Zincoprotoporfirina	10,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Markers Tumorali

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
1971	Antigene carboidratico (Ca 15.3, Ca 19.9, Ca 50, Ca 54.9, Ca 72.4, Ca 125, Ca 195, CyFra 21, MCA, NSE, TA4 o SCC)	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1974	Antigene carcino embrionario (CEA)	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1979	Antigene polipeptico tissutale (TPA) specifico (TPS)	14,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1980	Antigene prostatico specifico (PSA)	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
1981	Antigene prostatico specifico libero (Free-PSA)	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2029	Cam 26 o cam 29 (marcatore tumorale)	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2047	CD 95 attivato	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2102	Cromogramina sierica	17,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2184	Fosfatasi acida prostatica (enzimatica)	4,50			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Biologia molecolare

Premesse specifiche di branca:

Gli esami e i test di biologia molecolare sono rimborsabili:

- solo se prescritti dai medici specialisti in genetica medica/clinica o oncologia (nei casi espressamente indicati) o ginecologia (nei casi espressamente previsti) eventuali accertamenti prescritti da medici di diversa specializzazione (o medici di medicina generale/medici di assistenza primaria) saranno soggetti a valutazione da parte del Fondo;
- se eseguiti esclusivamente con finalità diagnostico-terapeutiche (sono esclusi quelli riconducibili a protocolli di ricerca e/o sperimentazione clinica e/o predittività).

La "visita medica genetica (genetica clinica)" non è associabile/assimilabile alla "visita specialistica" di cui al codice 1 del Nomenclatore-Tariffario vigente. È rimborsabile solo se prescritta da medico chirurgo specializzato e se finalizzata a sua volta alla prescrizione di test genetici oncologici e/o pre-natali e/o post natali. Ai fini del rimborso, è pertanto necessario inoltrare la prescrizione medica e la conseguente prescrizione di test genetici da parte dello specialista in genetica clinica.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3213	Visita medica genetica (genetica clinica)	51,00		Non assimilabile alla visita specialistica (qualsiasi tipologia). Erogabile sole se finalizzata alla prescrizione di esami genetici per finalità diagnostico terapeutiche.	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi. Prescrizione dei test genetici rilasciati dallo specialista in genetica medica/clinica o oncologia.

Test farmacogenetico

Premesse specifiche di branca:

I test farmacogenetici sono rimborsati solo se prescritti da uno specialista in oncologia con l'indicazione della diagnosi e il quesito diagnostico. Nel caso del test genetico di precisione su DNA e RNA (codice 3215), è necessario inviare anche il referto rilasciato dal laboratorio che ha eseguito l'esame (indipendentemente se il test è stato analizzato in Italia o all'estero).

La presente sezione è dedicata ai pazienti oncologici.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3214	Test farmacogenetico antiblastico mirato (qualsiasi numero di geni)	250,00		Qualsiasi numero di geni	Prescrizione medica dello specialista in oncologia con diagnosi e quesito diagnostico
3215	Test farmacogenetico di precisione su DNA ed RNA per individuare la terapia antitumorale di seconda linea più efficace	1.000,00		Individuazione di terapia di seconda linea	Prescrizione medica dello specialista in oncologia con diagnosi e quesito diagnostico. Copia del referto di laboratorio che ha eseguito l'esame (anche se effettuato all'estero)

Citogenetica (pre-natale e post-natale)

Premesse specifiche di branca:

Sono rimborsabili esclusivamente gli esami di citogenetica pre-natale e post-natale di seguito riportati, nei limiti indicati e comunque solo dietro prescrizione del Medico Chirurgo specializzato in genetica medica (genetica clinica) eventuali accertamenti prescritti da medici di diversa specializzazione saranno soggetti a valutazione da parte del Fondo.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2033	Cariotipo da linfociti su sangue periferico	92,50			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia con diagnosi e quesito diagnostico
2034	Cariotipo da aspirato midollare	126,50			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
2037	Cariotipo da fibroblasti	84,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2039	Cariotipo fetale su liquido amniotico (incluso dosaggio alfafetoproteina)	118,00		Incluso dosaggio alfafetoproteina	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2040	Cariotipo su materiale abortivo	139,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2038	Cariotipo da linfociti fetali su sangue periferico	84,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2035	Cariotipo da cellule del trofoblasto coriale	121,50			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
1858	Analisi citogenetica per ricerca di siti fragili, scambi di cromatidi fratelli, patologia da fragilità cromosomica	154,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
1859	Analisi citogenetica per studio mosaicismi cromosomico, riarrangiamenti cromosomici indotti	146,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico

Genetica molecolare

Premesse specifiche di branca:

Le prestazioni della presente sezione sono rimborsabili esclusivamente dietro presentazione della prescrizione rilasciata da un Medico-Chirurgo specializzato in Genetica Medica (genetica clinica) oppure in Oncologia oppure in Ematologia oppure ancora Ginecologia (nei casi espressamente previsti) eventuali accertamenti prescritti da medici di diversa specializzazione (o medici di medicina generale/medici di assistenza primaria) saranno soggetti a valutazione da parte del Fondo.

Poiché il risultato di molti esami non varia con il passare del tempo, si raccomanda la conservazione degli esiti.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2013	Biologia molecolare, qualsiasi tipo di ricerca	68,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2109	DNA, analisi di mutazione di malattia	120,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
1990	APC gene (poliposi familiare del colon)	70,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3216	Delezioni cromosoma Y	70,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia con diagnosi e quesito diagnostico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3217	DNA analisi mediante sequenziamento per linfoma a cellule B (FR2A-VLJH) (FR3A-VLJH)	150,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
3218	DNA analisi mediante sequenziamento per linfoma a cellule T	150,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
3219	DNA traslocazione 14;18 (BCL2-MBR-MCR)	150,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
2127	Emofilia A e B	138,50	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
2356	Fattore II/Protrombina, mutazioni	58,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
2157	Fattore V mutazioni di (Leiden, Cambridge, Hong Kong)	68,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
3220	Fibrosi cistica (almeno 36 mutazioni), Atrofia muscolo spinale (SMA), Sordità congenica (connessione26/30), Distrofia muscolare di Duchenne e Beker, X Fragile (donna)	300,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia con diagnosi e quesito diagnostico
3221	Fibrosi cistica (almeno 36 mutazioni), Atrofia muscolo spinale (SMA), Sordità congenica (connessione26/30), Distrofia muscolare di Duchenne e Beker (uomo)	200,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia con diagnosi e quesito diagnostico
2180	Fibrosi Cistica (studio delle mutazioni, screening I livello)(50 o più mutazioni)	138,50	Rimborso mai ripetibile	50 o più mutazioni. Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3222	Fibrosi cistica di II livello con metodica NGS	250,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2191	Fragilità cromosomica	131,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2231	Ibridazione in situ su metafasi e/o nuclei interfasci, tessuti (FISH)	208,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2249	Indagini genetiche per atrofie e distrofie muscolari, malattia di Huntington, sindrome di Angelman o di Prader-Willi	154,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ginecologia con diagnosi e quesito diagnostico
2295	Microarray (Array CGH), screening genetico in pazienti oncologici (qualsiasi numero di determinazioni)	450,00		Qualsiasi numero di determinazioni	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3223	Mutazione BRCA 1 o 2 - test mirato per familiarità	70,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3224	Mutazione C-KIT	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3225	Mutazione JAK2 V617F	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3226	Mutazione PDGFRA	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3227	Mutazione PIK3CA	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3228	Mutazioni emocromatosi	70,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3229	Mutazioni gene BRAF	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3230	Mutazioni gene EGFR	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3231	Mutazioni gene KRAS	70,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2309	Mutazione MTHFR	67,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3232	QFPCR Analisi di genetica molecolare per le aneuploidie cromosomiche più comuni (13, 18, 21, X-Y)	100,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3233	Riarrangiamenti (delezione e duplicazioni) di altri geni umani mediante MLPA	150,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3234	Riarrangiamenti BRCA 2 mediante MLPA	150,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3235	Riarrangiamenti BRCA1 mediante MLPA	150,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2381	Screening per anemia falciforme	130,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica o in ematologia con diagnosi e quesito diagnostico
2382	Screening per talassemia Tay Sachs	130,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3236	Studio mutazionale dei geni BRCA 1 o 2 con metodica NGS	250,00			Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
3237	Test predisposizione genetica alla celiachia HLA-DQA1, HLA-DQB1, HLA-DRB	200,00	Rimborso mai ripetibile	Prestazione soggetta a limite	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
2442	Tipizzazione genomica HLA-A, HLA-B, HLA-C ciascuna (solo in caso di trapianto d'organo documentabile)	96,00		Ciascuna. Limitatamente ai casi di trapianto di organo documentabile.	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica con diagnosi e quesito diagnostico
10130	TEST PRENATALE BASE (Harmony Base; Prenatal safe 3-5 o similari)	400,00	Rimborsabile max 1 volta l'anno	E' rimborsabile 1 solo codice prestazione tra 10130 – 10131 - 10132. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica e/o in ginecologia e ostetricia con diagnosi di gravidanza e stato avanzamento della stessa (settimane di gravidanza)
10131	TEST PRENATALE PLUS (Prenatal safe Plus o similari)	480,00	Rimborsabile max 1 volta l'anno	E' rimborsabile 1 solo codice prestazione tra 10130 – 10131 - 10132. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica e/o in ginecologia e ostetricia con diagnosi di gravidanza e stato avanzamento della stessa (settimane di gravidanza)
10132	TEST PRENATALE COMPLETO (Prenatal Kario; Kario Plus; Completo o similari)	550,00	Rimborsabile max 1 volta l'anno	E' rimborsabile 1 solo codice prestazione tra 10130 – 10131 - 10132. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica dello specialista in genetica medica/clinica e/o in ginecologia e ostetricia con diagnosi di gravidanza e stato avanzamento della stessa (settimane di gravidanza)

Esami cito/istologici/immunoistochimici

Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Esami citologici

Premesse specifiche di branca:

Si specifica che, nell'ambito del presente Nomenclatore-Tariffario, l'esame "Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)" è rimborsabile sia nel caso del Pap Test standard sia nel caso di esame "Thin Prep".

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2701	Citologico (striscio) per ricerca batteriologica vaginale (unico esame)	14,00		Unico esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2702	Citologico per diagnostica ormonale	9,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2703	Citologico per diagnostica tumorale (broncoaspirato, espettorato, liquidi sinoviali o liquidi biologici, salvo urine)	46,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2704	Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale	19,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2705	Citologico per diagnostica tumorale urine (1 campione)	30,00		Non sovrapponibile al medesimo esame su 3 campioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2706	Citologico per diagnostica tumorale urine (3 campioni)	54,00		Non sovrapponibile al medesimo esame su 1 campione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2707	Citologico su agoaspirati mammari, tiroidei o linfoghiandolari	48,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2708	Citologico testicolare	30,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Esami istologici/immunoistochimici

Premesse specifiche di branca:

Per "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" si intende l'esame effettuato su una singola parte anatomica/neoformazione mentre, "Istologico, ogni inclusione in più" si intende, correlato al "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" e quindi l'ulteriore l'esame effettuato su campioni parziali dello stesso, secondo il seguente esempio: data 1 neoformazione, si effettua "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)", vengono effettuati 2 ulteriori istologici di parte/frammenti di questa medesima neoformazione, si effettuano dunque n°2 "istologici, ogni inclusione in più"; date 2 neoformazioni diverse, si effettua l'esame istologico di entrambe le neoformazioni, ovvero si effettuano n°2 "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)".

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2709	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1)	41,00		Per il primo anticorpo	Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico
2710	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo	22,00		Correlato al 2709 richiedibile per ogni anticorpo in più oltre il primo anticorpo	Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2711	Immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma	203,00			Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico
2712	Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare	42,00			Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico
2713	Istologico (1 per parte anatomica o neoformazione)	53,00		Per singola parte anatomica/neoformazione	Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico
2714	Istologico, ogni inclusione in più	22,00		Correlato al 2713, ovvero esami effettuati su campioni parziali del primo istologico sulla medesima parte anatomica/neoformazione	Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico
2715	Istologico durante intervento (estemporaneo) (1 per parte anatomica o neoformazione)	135,00		Riferibile ad esame effettuato durante l'intervento su una singola parte anatomica/neoformazione	Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico
2716	Istologico durante intervento (estemporaneo) (ogni inclusione in più)	36,00		Correlato al 2715, ovvero esami effettuati su campioni parziali del primo istologico	Copia del referto istologico da cui sia rilevabile l'esame specifico

Prelievi

Premesse specifiche di branca:

Il prelievo è compreso nella tariffa di rimborso delle prestazioni stesse, non è pertanto rimborsabile (o imputabile dalle Strutture Sanitarie convenzionate) come voce a sé stante, neanche se rientrante all'interno del ticket (in caso di prestazioni in convenzione con il S.S.R).

I prelievi rimborsabili sono quelli elencati in tabella. Si specifica che la richiesta di prelievo domiciliare deve risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve risultare compatibile con la patologia e con il quadro clinico che lo ha reso necessario.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2717	Prelievo arterioso a domicilio	24,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Specifica del quadro clinico che richiede il prelievo presso il domicilio.
2718	Prelievo venoso o capillare a domicilio	12,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Specifica del quadro clinico che richiede il prelievo presso il domicilio.
2719	Prelievo di succo duodenale	30,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2720	Prelievo di succo gastrico	25,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2721	Prelievo prostatico a domicilio	27,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Specifica del quadro clinico che richiede il prelievo presso il domicilio.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2722	Prelievo rettale a domicilio	17,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Specifica del quadro clinico che richiede il prelievo presso il domicilio.
2723	Prelievo secrezione uretrale o vaginale a domicilio	17,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Specifica del quadro clinico che richiede il prelievo presso il domicilio.

Cardiologia

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono comprensive dell'uso delle apparecchiature e dei compensi professionali.

L'E.C.G. di base necessita sempre della prescrizione medica con diagnosi certa o presunta, salvo l'esecuzione dello stesso in corso di visita cardiologica, in tal caso, sarà sufficiente la refertazione del professionista.

I "Test ergometrici" sono comprensivi dell'e.c.g. di base.

Nessun rimborso è previsto per accertamenti eseguiti al fine di rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva, ecc.).

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2724	Cardiotocografia (come unico esame)	30,00	Rimborsabile Max 2 esami nell'ultimo mese di gravidanza	Come unico esame. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza.
2725	Cardiotocografia (durante la visita)	25,00	Rimborsabile Max 2 esami per gravidanza (escluso ultimo mese)	Correlato alla visita specialistica, ovvero esame eseguito in corso di visita. Escluso visita specialistica. Non si somma al codice 2724. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica specialista con evidenza stato avanzamento gravidanza.
2726	E.C.G. di base	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2727	E.C.G. di base e dopo sforzo (test di Master)	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2728	E.C.G. di base e dopo sforzo Treadmill	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2729	E.C.G. dinamico secondo Holter (24 h)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2730	E.C.G. domiciliare	46,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2731	Monitoraggio della pressione arteriosa dinamico continuo (24 h)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2732	Studio elettrofisiologico transesofageo diagnostico o terapeutico	280,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2733	Test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) compreso onorario professionale	90,00		Compreso onorario professionista	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2734	Test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) con determinazione consumo di O2 compreso onorario professionale	110,00		Compreso onorario professionista	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2735	Tilt test	145,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Diagnostica per immagini

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono comprensive dell'intera équipe medica-radiologica-anestesiologica, del personale tecnico/ausiliario, il contrasto, le radiografie necessarie (complete delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari).

I materiali speciali ed eventuali medicinali sono regolamentati secondo quanto descritto, se previsto, nella relativa sezione D, altrimenti si intendono compresi nelle tariffe massime previste per gli accertamenti.

Angiografia

Premesse specifiche di branca:

Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un arto o di un metamero spinale.

Per ogni ulteriore prestazione oltre la prima nel corso della stessa seduta si intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i).

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2736	Angiografia carotidea o vertebrale intracranio	776,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2737	Angiografia midollare (1 distretto)	504,00		Non associabile ad altre voci di angiografia midollare Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2738	Angiografia midollare (2 distretti)	708,00		Non associabile ad altre voci di angiografia midollare Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2739	Angiografia midollare (3 distretti o completa)	805,00		Non associabile ad altre voci di angiografia midollare Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2740	Arteriografia aorta addominale o aorta toracica	824,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2741	Arteriografia aorto addominale + arteriografia selettiva	1.067,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2742	Arteriografia aorto addominale + iliaca ed arti inferiori	1.067,00		Non sovrapponibile ad altre voci di arteriografia aorta addominale e arteriografia iliaca e arti inferiori. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2743	Arteriografia arco aortico e vasi epiaortici	746,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2744	Arteriografia arco aortico, vasi epiaortici e aorta toracica (compresi arti superiori)	902,00		Compresi arti superiori. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2745	Arteriografia arto inferiore monolaterale (unico esame)	485,00		Monolaterale. Come unico esame. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2746	Arteriografia iliaca e arterie femorali compresi arti inferiori	824,00		Non sovrapponibile ad altre voci di arteriografia aorta addominale e arteriografia iliaca e arti inferiori. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2747	Arteriografia polmonare	601,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2748	Arteriografia polmonare e cavografia	611,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2749	Arteriografia total body dell'aorta (distretto sopraortico-toracico-addominale)	1.261,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2750	Cavografia inferiore o superiore	611,00		Non sovrapponibile ad altre voci di flebografia arti superiori o arti inferiori. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2751	Controllo TIPS	368,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2752	Flebografia arti superiori e cavografia	611,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2753	Flebografia arti superiori o inferiori	349,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2754	Flebografia dell'orbita	252,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2755	Flebografia di un arto	252,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2756	Flebografia ovarica monolaterale	291,00		Monolaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2757	Flebografia ovarica bilaterale	499,00		Bilaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2758	Flebografia spermatica monolaterale	499,00		Monolaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2759	Flebografia spermatica bilaterale	601,00		Bilaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2760	Flebografia spinale	417,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2761	Linfografia	291,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.
2762	Panangiografia cerebrale	1.649,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	IN REGIME AMBULATORIALE: prescrizione medica con diagnosi e relazione medica che dettagli la procedura. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa.

Ecografia

Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni si considerano eseguite con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto, sono comprensive di medicinali/farmaci.

Gli esami sono comprensivi dell'eventuale assistenza anestesiológica e, laddove specificato nel codice prestazione, si intende comprensivo anche del mezzo di contrasto.

Per addome superiore si intende: fegato, pancreas, milza, vasi addominali. Per addome inferiore-pelvi si intende: reni, vescica, prostata e vescicole seminali (per uomo); reni, utero, annessi, vescica (per donna).

Per le ecografie linfonodali, si specifica che viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale, indipendentemente se trattasi di esame monolaterale o bilaterale (esempio: ecografia linfonodi ascellari corrisponde ad 1 unico codice 2779 ecc.).

L'ecografia epatica non si somma all'esame Fibroscan, presente nella sezione di diagnostica vascolare.

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini presenti nella sezione di diagnostica vascolare, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (applicato sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
73145	ECOGRAFIA DOMICILIARE (oltre l'esame - 1 sola richiesta indipendentemente dal numero di ecografie nella medesima giornata)	20,00		Indipendentemente dal numero di ecografie eseguite nella medesima giornata. Al giorno. La voce si somma a quella degli accertamenti. Non rimborsabile in ambito di ricovero e/o ambulatoriale.	Prescrizione medica con quesito diagnostico. Relazione medica che evidenzi il quadro clinico critico che non consente l'esecuzione del/degli accertamenti in regime ambulatoriale
73146	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO (se non espressamente compreso)	75,00		Correlato ad un accertamento della sottobranchia Ecografia (se non espressamente compreso)	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta con l'evidenza della richiesta dell'uso del mezzo di contrasto associato all'esame
2763	Addominale inferiore-pelvi (esame completo)	62,00		Esame completo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2764	Addominale superiore (esame completo)	74,00		Esame completo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2765	Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)	87,00		Esame completo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2766	Ciclo ovarico (fino ad 8 esami)	223,00		Comprensivo di esami fino ad 8 rilevazioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2767	Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo	247,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2768	Ecocardiogramma M Mode 2D	73,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2769	Ecocardiocolordoppler fetale	106,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2770	Ecocardiogramma M Mode 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	116,00		Compresi eventuali farmaci per le prove	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2771	Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	97,00		Compresi eventuali farmaci per le prove	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2772	Ecografia endobronchiale	649,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2773	Ecografia in gravidanza flussimetrica (ecografia ostetrica anche gemellare e flussimetria fetale)	90,00		Non si somma alla normale ecografia in gravidanza e/o alla flussimetria fetale	Prescrizione medica con diagnosi certa
2774	Ecografia in gravidanza morfologica (ecografia ostetrica anche gemellare ed esame morfologico)	90,00		Non si somma alla normale ecografia in gravidanza	Prescrizione medica con diagnosi certa
2775	Ecografia intraoperatoria per qualsiasi intervento	87,00		In corso di intervento. Indipendentemente dal tipo di intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2776	Ecografia intravascolare (IVUS) per qualsiasi intervento	750,00		In corso di intervento. Indipendentemente dal tipo di intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2777	Esame in gravidanza anche gemellare (qualsiasi settimana)	67,00		Indipendentemente dalla settimana di gestazione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2778	Ecografia in gravidanza con translucenza nucale	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2779	Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali - Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria - Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrappubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)	60,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2780	Esame ecografico a letto del paziente (oltre l'esame) – in regime di ricovero notturno	45,00		Limitatamente ad esami eseguiti in corso di ricovero notturno. Voce da sommare all'esame.	Cartella clinica completa
2781	Isterosonosalingografia o sonosalpingografia (compreso mezzo di contrasto)	120,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2782	Prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2783	Renale, surrenale bilaterale e vescica	60,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2784	Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto	74,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2785	Tranesofagea per gastroenterologia	145,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2786	Transfontanellare encefalica	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2787	Transvaginale con eventuale colordoppler	63,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2788	Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale	97,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Mineralometria - Densitometria ossea

Premesse specifiche di branca:

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2789	Densitometria lombare con T.C.	70,00		Non sovrapponibile ad altri codici della sezione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2790	Densitometria total body	70,00		Non sovrapponibile ad altri codici della sezione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2791	Mineralometria ossea computerizzata (un segmento o tratto)	50,00		Non sovrapponibile ad altri codici della sezione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2792	Mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body)	72,00		Non sovrapponibile ad altri codici della sezione	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Radiologia tradizionale

Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono completi di tutte le proiezioni, radiogrammi necessari, qualsiasi contrasto utilizzato e/o insufflazione gassosa e di qualsiasi prestazione professionale medica e/o tecnica necessaria, compresa assistenza per scopia.

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Si precisa che l'esame "bacino per anche" corrisponde ad un unico codice di radiografia bacino (codice 2804) e non si somma al codice di radiografia anca. Lo studio delle "anche" o "studio comparativo dell'anca" non è assimilabile al "bacino per anche" e corrisponde alla somma di radiografia "anca destra" e radiografia "anca sinistra" (codice 2797).

Si specifica che la richiesta di esecuzione delle prestazioni presso il domicilio deve risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve risultare compatibile con la patologia e con il quadro clinico che lo ha reso necessario.

Gli esami radiologici, effettuati da Odontoiatra o Struttura odontoiatrica, sono richiedibili solo nell'ambito della specifica procedura odontoiatrica (vedi Guida Odontoiatria).

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2793	Addome: esame diretto	36,00		Qualsiasi numero di proiezioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2794	Apparato genitale femminile, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2795	Apparato genitale maschile, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2796	Apparato urinario, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2797	Arti ed articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca	34,00		Monolaterale. Qualsiasi numero di proiezioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2798	Arti ed articolazioni: polso, mano, caviglia, piede, dita	29,00		Monolaterale. Qualsiasi numero di proiezioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2799	Arti inferiori sotto carico con bacino	79,00		Qualsiasi numero di proiezioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2800	Articolazione temporo-mandibolare, esame diretto	32,00		Qualsiasi numero di proiezioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2801	Artrografia	116,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto. Escluso articolazione temporo-mandibolare	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2802	Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale	87,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2803	Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)	121,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2804	Bacino	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2805	Broncografia, monolaterale o bilaterale	164,00		Indipendentemente se monolaterale o bilaterale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2806	Cavernosografia	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2807	Cavernosografia con manometria	169,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2808	Cistografia	87,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2809	Cistografia con doppio contrasto	101,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2810	Cistouretrografia minzionale	130,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2811	Clavicola	34,00		Monolaterale. Qualsiasi numero di proiezioni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2812	Clisma opaco con doppio contrasto	129,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2813	Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2814	Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)	116,00		Comprese eventuali prove farmacologiche	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2815	Colangiografia intra operatoria	121,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2816	Colangiografia percutanea	281,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2817	Colangiografia retrograda	180,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2818	Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)	388,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2819	Colecistografia per os con o senza prova di Bronner	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2820	Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)	38,00		Per tratto.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2821	Colonna vertebrale completa	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2822	Colonna vertebrale completa piu' bacino sotto carico	87,00		Comprensivo di rx bacino	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2823	Colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)	34,00		Per tratto.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2824	Colpo-cisto-defecografia	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2825	Corpi estranei, localizzazione	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2826	Cranio e/o seni paranasali	42,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2827	Dacriocistografia	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2828	Defecografia	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2829	Derivazioni liquorali, controllo radiologico	25,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2830	Determinazione diametri pelvici	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2831	Emimandibola	28,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2832	Esame radiologico a domicilio del paziente (oltre l'esame)	106,00		Voce da sommare all'esame	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta. Specifica del quadro clinico che richiede il prelievo presso il domicilio
2833	Esame radiologico a letto del paziente (oltre l'esame) - in regime di ricovero notturno	43,00		Voce da sommare all'esame. Limitatamente ad esami eseguiti in corso di ricovero notturno	Cartella clinica completa
2834	Esame radiologico in sala operatoria (oltre l'esame)	53,00		Voce da sommare all'esame. Limitatamente ad esami eseguiti in sala operatoria	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2835	Esofago con contrasto opaco	58,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2836	Esofago con doppio contrasto	67,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2837	Età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.)	23,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2838	Faringe: esame diretto	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2839	Faringografia opaca	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2840	Fistolografia	111,00		Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2841	Forami ottici	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2842	Galattografia	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2843	Ghiandole salivari, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2844	Ginocchio sotto carico	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2845	Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ ginecologo	145,00		Comprensivo della prestazione del radiologo/ ginecologo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2846	Laringe, esame diretto	32,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2847	Laringografia opaca	87,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto. Qualsiasi numero di radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2848	Mammografia monolaterale	54,00		Monolaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2849	Mammografia bilaterale	74,00		Bilaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2850	Mastoide	38,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2851	Mielografia cervicale o dorsale	174,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2852	Orbita, esame diretto	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2853	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie	25,00		Eventuale esame eseguito presso Struttura Odontoiatrica/ studio Odontoiatrico deve essere richiesto secondo l'iter delle prestazioni odontoiatriche	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2854	Ossa nasali, esame diretto	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2855	Piedi sotto carico	40,00		Bilaterale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2856	Pielografia retrograda monolaterale	116,00		Monolaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2857	Pielografia retrograda bilaterale	145,00		Bilaterale.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2858	Pielografia transpielostomica	72,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2859	Pielouretrografia percutanea	194,00			Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2860	Pneumocistografia mammaria	87,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2861	Radicolografia	174,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3238	Radiografia del pezzo operatorio (qualsiasi organo o tessuto) omnicomprensivo	38,00		Omicomprensivo.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
2862	Regione vescicale, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2863	Rocche petrose	34,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2864	Rotula	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2865	Rotula assiali a 30°, 60°, 90°	53,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2866	Scapola	32,00		Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2867	Scheletro toracico costale monolaterale	36,00		Monolaterale. Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2868	Scheletro toracico costale bilaterale	55,00		Bilaterale. Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2869	Scialografia	89,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2870	Sella turcica, esame diretto	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2871	Spalla	32,00		Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2872	Spalla sotto carico	38,00		Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2873	Sterno	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2874	Stomaco con doppio contrasto	106,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2875	Stomaco, duodeno	74,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2876	Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale	63,00		Monolaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2877	Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale	77,00		Bilaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2878	Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2879	Stratigrafia del mediastino	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2880	Stratigrafia del torace, monolaterale	77,00		Monolaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2881	Stratigrafia del torace, bilaterale	87,00		Bilaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2882	Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti	75,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2883	Studio dei tempi di transito intestinale	106,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2884	Studio selettivo ultima ansa	48,00		Non sovrapponibile in associazione al codice 2887	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2885	Telecuore con esofago baritato	45,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2886	Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	37,00		Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi. Eventuale esame eseguito presso Struttura Odontoiatrica/studio Odontoiatrico deve essere richiesto secondo l'iter delle prestazioni odontoiatriche.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2887	Tenue a doppio contrasto con studio selettivo	194,00		Comprensivo di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2888	Tenue, esame seriato	135,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2889	Tessuti molli, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2890	Tiroide, esame diretto	36,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2891	Tiroide, esofagogramma cervicale	43,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2892	Torace tradizionale o equalizzato e/o telecuore	33,00		Qualsiasi numero di proiezioni/radiogrammi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2893	Trachea, esame diretto	23,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2894	Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)	100,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2895	Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)	82,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2896	Tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)	145,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2897	Uretrocistografia ascendente e minzionale	130,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2898	Urografia (esame completo)	194,00		Esame completo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2899	Vasi, esame diretto	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2900	Vescicolo deferentografia	210,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Risonanza Magnetica Nucleare

Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione/sistemi di supporto per l'interpretazione e completi di tutte le sequenze di acquisizione necessarie, della prestazione anestesiológica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici.

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un metamero spinale o di un arto.

Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta).

Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i).

L'esame "Total Body" (codice 2920) comprende anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "R.M. Collo" (codice 3240).

Si precisa che l'esame "Cine R.M. Cuore" è riconosciuto come "R.M. Cuore", non è pertanto assimilabile all'esame "Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni".

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Quanto esposto nelle premesse della sezione P è valido per la presente branca ed integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2901	Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	75,00		Correlato ad un accertamento della sotto-branca Risonanza Magnetica	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta con l'evidenza della richiesta dell'uso del mezzo di contrasto associato all'esame
2902	Angio R.M. (qualsiasi distretto vascolare - a distretto, salvo i casi descritti)	300,00		A distretto vascolare, salvo i casi descritti. Qualsiasi distretto.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2903	Angio R.M. circolo endocranico, incluso R.M. encefalo	300,00		Comprensivo di R.M. encefalo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2904	Angio R.M. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	300,00		Indipendentemente se monolaterale o bilaterale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2905	Angio R.M. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	300,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2906	ATM bilaterale	200,00		Bilaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2907	Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni	350,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2908	Colangio e/o Wirsung RMN, incluso studio addome superiore	270,00		Comprensivo di studio addome superiore	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2909	R.M. addome superiore e inferiore - pelvi	300,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2910	R.M. addome superiore o inferiore - pelvi	240,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2911	R.M. articolazione ed 1 segmento osseo (ginocchio - spalla - gomito - collo piede - etc.)	160,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2912	R.M. ogni articolazione e segmento osseo oltre al primo	80,00		Non richiedibile singolarmente. Correlato al codice 2911	
2913	R.M. encefalo e/o ipofisi	232,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3239	R.M. bacino	200,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3240	R.M. collo o massiccio facciale o faringe o nervi acustici	200,00		Non sovrapponibile alla R.M. total body (ovvero compresa in quest'ultima)	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3241	R.M. torace e mediastino	240,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3242	R.M. mammella bilaterale	200,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2914	R.M. cuore	349,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2915	R.M. con bobina transrettale, compresa spettroscopia	280,00		Compresa spettroscopia	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2916	R.M. fetale	280,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2917	R.M. rachide e midollo spinale (1 tratto)	180,00		Non sovrapponibile ai codici 2918 e 2919	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2918	R.M. rachide e midollo spinale (2 tratti)	280,00		Non sovrapponibile ai codici 2917 e 2919	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2919	R.M. rachide e midollo spinale (3 tratti)	380,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2920	R.M. Total body per ricerca lesioni focali: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	485,00		Comprensivo di R.M. collo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2921	Scialo-R.M.	240,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2922	Studio dei flussi liquorali cerebrali, incluso R.M. encefalo	450,00		Comprensivo di R.M. encefalo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2923	Uro-R.M., compreso lo studio dell'addome	280,00		Comprensivo di studio dell'addome	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3243	PET-RM qualsiasi distretto (compreso radioisotopo ed eventuale trasporto)	900,00		Compreso radioisotopo ed eventuale trasporto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Tomografia Assiale Computerizzata

Premesse specifiche di branca:

Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione/sistemi di supporto per l'interpretazione e completi dello scanogramma e delle scansioni, della prestazione anestesiológica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione, ove necessaria) e di eventuali altri operatori medici

e/o tecnici.

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un metamero spinale o di un arto.

Per la "T.C. della colonna vertebrale", il segmento è da riferirsi al tratto o ai tratti specificati nei codici stessi.

L'esame "Total Body" (codice 2956) comprende anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame.

Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta).

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2924	Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	75,00		Correlato ad un accertamento della sottobranchia Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta con l'evidenza della richiesta dell'uso del mezzo di contrasto associato all'esame
2925	Angio T.C. di qualsiasi distretto - a distretto vascolare con eventuale ricostruzione 3D - salvo i casi descritti	203,00		A distretto vascolare, salvo i casi descritti. Qualsiasi distretto. Compresa eventuale ricostruzione 3D	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2927	Angio T.C. aorta addominale e arterie arti inferiori	250,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2929	Angio T.C. aorta toracica e/o addominale	250,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2930	Angio T.C. arterie renali o vasi splancnici	200,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2931	Angio T.C. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	200,00		Indipendentemente se monolaterale o bilaterale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2932	Angio T.C. circolo endocranico	200,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2933	Angio T.C. del cuore	250,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2934	Angio T.C. delle arterie coronarie	280,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2935	Angio T.C. torace (arterie o vene polmonari)	250,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2936	Angio T.C. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	250,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2937	Artrotac o T.C. distretti articolari/segmenti ossei	120,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2938	Broncoscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	175,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2939	Colonscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	242,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2940	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 1 arcata	110,00		Eventuale esame eseguito presso Struttura Odontoiatrica/ studio Odontoiatrico deve essere richiesto secondo l'iter delle prestazioni odontoiatriche	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2941	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 2 arcate	150,00		Eventuale esame eseguito presso Struttura Odontoiatrica/ studio Odontoiatrico deve essere richiesto secondo l'iter delle prestazioni odontoiatriche	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2942	Mielo T.C.: 1 tratto colonna vertebrale	261,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2943	Mielo T.C.: 2 tratti colonna vertebrale	300,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2944	Mielo T.C.: 3 tratti colonna vertebrale	400,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2945	O.C.T. - Tomografia a coerenza ottica	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2946	Scialo-TC	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2947	T.C. addome inferiore per endoscopia virtuale della vescica	250,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2948	T.C. addome superiore e inferiore - pelvi	210,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2949	T.C. bacino e sacro	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2950	T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici	150,00		Non sovrapponibile ad altri codici di T.C. Colonna vertebrale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2951	T.C. colonna vertebrale: 2 segmenti (cervicale e dorsale o lombosacrale e sacrococcigeo)	200,00		Non sovrapponibile ad altri codici di T.C. Colonna vertebrale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2952	T.C. colonna vertebrale: 3 segmenti (cervicale e dorsale e lombosacrale o sacrococcigeo)	240,00		Non sovrapponibile ad altri codici di T.C. Colonna vertebrale	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2953	T.C. cranio e/o orbite o T.C. cranio e/o sella turcica o T.C. cranio e/o rocche petrose o T.C. cranio e/o mastoidi o TC massiccio facciale	145,00		Non sovrapponibile alla T.C. total body	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2954	T.C. mascellare compresa elaborazione computerizzata superiore o inferiore	145,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2955	T.C. torace o addome superiore o inferiore - pelvi	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2956	T.C. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	380,00		Comprensivo del tratto del collo	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
66012	Tomosintesi mammaria monolaterale	80,00	Rimborsabile max 1 volta l'anno	Non sovrapponibile al codice 66013	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
66013	Tomosintesi mammaria bilaterale	120,00	Rimborsabile max 1 volta l'anno	Non sovrapponibile al codice 66012	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2957	Uro – TC	150,00		Comprensivo di eventuale addome completo, o addome superiore o addome inferiore-pelvi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Teletermografia - Termografia

Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione, sistemi di supporto accessori e software dedicato per la produzione della mappa termica e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'accertamento/i sarà pari ad 1 quantità indipendentemente dal numero di tratti indagati nella stessa seduta. Per la "Teletermografia tessuti molli" e/o "Teletermografia ossea" la valorizzazione dell'accertamento sarà pari ad 1 indipendentemente dal numero di regioni anatomiche/distretti articolari indagate/i nella stessa seduta.

Per teletermografia si intende l'indagine eseguita a mezzo di termocamera.

Per termografia si intende l'indagine eseguita a contatto tramite lastra termografica.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
87701	Teletermografia arti superiori o inferiori (indipendentemente se monolaterale e/o bilaterale)	70,00		Non sovrapponibile al codice 87702	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87702	Teletermografia arti superiori e inferiori (indipendentemente se monolaterale e/o bilaterale)	105,00		Non sovrapponibile al codice 87701	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87703	Teletermografia colonna vertebrale (qualsiasi numero di tratti)	115,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87704	Teletermografia mammaria (indipendentemente se monolaterale e/o bilaterale)	90,00		Non sovrapponibile ai codici 87707 e 87708	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87705	Teletermografia tessuti molli (qualsiasi numero)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87706	Teletermografia ossea (qualsiasi numero di tratti e/o distretti)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87707	Termografia mammaria (a contatto) monolaterale	80,00		Non sovrapponibile ai codici 87704 e 87708	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
87708	Termografia mammaria (a contatto) bilaterale	115,00		Non sovrapponibile ai codici 87704 e 87707	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Diagnostica vascolare

Ultrasonografia doppler - ecodoppler - ecocolor doppler

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe esposte sono valide per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc. Gli esami si riferiscono ad entrambe le lateralità, e sono comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso; non è quindi riconosciuto il doppio addebito.

Si precisa che gli esami bilaterali su arti superiori eseguiti nella medesima seduta degli esami bilaterali su arti inferiori, corrispondono all'esame su "quattro arti" per il quale si deve fare riferimento all'apposito codice (codici 2962-2963-2964).

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini ecografiche, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

L'ecografia epatica presente nella sezione "Ecografie" è già compresa nell'esame "Fibroscan" (codice 2966), ovvero non si somma a quest'ultimo esame.

L'ecocardiogramma doppler e/o ecocolor doppler cardiaco non sono assimilabili alle voci della presente sezione. Per tali prestazioni si dovrà fare riferimento alla sezione Ecografie.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2959	Arti superiori o inferiori (bilaterale) : Doppler	52,00		Bilaterale. Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2960	Arti superiori o inferiori (bilaterale) : EcoDoppler	67,00		Bilaterale. Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2961	Arti superiori o inferiori (bilaterale) : EcocolorDoppler	89,00		Bilaterale. Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2962	Arti superiori e inferiori (quattro arti) : Doppler	72,00		Tutti e quattro gli arti. Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2963	Arti superiori e inferiori (quattro arti) : EcoDoppler	90,00		Tutti e quattro gli arti. Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2964	Arti superiori e inferiori (quattro arti) : EcocolorDoppler	105,00		Tutti e quattro gli arti. Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2965	EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto	77,00		Indipendentemente se arterioso e/o venoso	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2966	Fibroscan (compresa ecografia epatica)	70,00		Comprensivo dell'ecografia epatica	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2967	Penieno o testicolare : Doppler	63,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2968	Penieno o testicolare : EcoDoppler	84,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2969	Penieno o testicolare : EcocolorDoppler	94,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2970	Tiroide: EcocolorDoppler	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2971	Transcranico completo : EcoDoppler	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2972	Transcranico completo : EcocolorDoppler	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2973	Transcranico completo con analisi spettrale	58,00		Comprensivo di eventuale prova fisica o farmacologica e di eventuale uso del mezzo di contrasto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2974	Tronchi sovraortici : Doppler	63,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2975	Tronchi sovraortici : EcoDoppler	75,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2976	Tronchi sovraortici : EcocolorDoppler	87,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2977	Viscerale : Doppler	40,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2978	Viscerale : EcoDoppler	70,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2979	Viscerale : EcocolorDoppler	82,00		Non sovrapponibile al codice 2779	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Medicina nucleare (Scintigrafia)

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono comprensive dei medicinali, degli indicatori, dei materiali d'uso e dell'assistenza cardiologica, anestesiologicala (ove necessaria) e del personale tecnico.

Le tariffe sono comprese di eventuali test farmacologici, ergometrici e qualsiasi tipo di procedura diagnostica provocativa.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Apparato circolatorio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2980	Angiocardiocintigrafia di primo passaggio	97,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2981	Angiocardiocintigrafia all'equilibrio	120,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2982	Angioscintigrafia distretti arteriosi o venosi	101,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2983	Scintigrafia del miocardio a riposo (SPECT)	227,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2984	Scintigrafia del miocardio a riposo (planare)	194,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2985	Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (PET)	727,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2986	Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (planare)	340,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2987	Scintigrafia del miocardio per l'identificazione del miocardio vitale mediante reiniezione	160,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2988	Scinti o tomo scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (SPECT)	397,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2989	Studio della funzione ventricolare globale e regionale (GATED-SPECT)	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3244	Tomoscintigrafia cerebrale con tracciante ricettoriale datscan	500,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Apparato digerente

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2990	Octreoscan	600,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2991	Ricerca di mucosa gastrica ectopica	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2992	Scintigrafia delle ghiandole salivari	64,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2993	Studio scintigrafico del transito esofago-gastro-duodenale	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2994	Valutazione delle gastro enterorragie	101,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Apparato emopoietico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
2995	Determinazione del tempo di sopravvivenza delle emazie	174,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2996	Determinazione del volume plasmatico e del volume eritrocitario	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2997	Determinazione della cinetica piastrinica	252,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2998	Determinazione dell'assorbimento intestinale della vitamina B12 (test di Schilling)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
2999	Linfoscintigrafia segmentaria	210,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3000	Misura dell'assorbimento o della permeabilità intestinale	58,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3001	Studio completo della ferrocinetica	140,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Apparato osteo-articolare

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3002	PET-TC qualsiasi distretto (compreso radioisotopo ed eventuale trasporto)	727,00		Compreso radioisotopo ed eventuale trasporto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3003	Scintigrafia globale scheletrica	160,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3004	Scintigrafia ossea o articolare polifasica segmentaria	106,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3005	Scintigrafia ossea o articolare segmentaria	93,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Apparato respiratorio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3006	Scintigrafia polmonare con indicatore positivo	164,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3007	Scintigrafia polmonare perfusionale (planare)	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3008	Scintigrafia polmonare perfusionale (SPECT)	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3009	Scintigrafia polmonare ventilatoria	223,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Apparato urinario

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3010	Cistoscintigrafia diretta	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3011	Scintigrafia renale con DMSA (planare)	82,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3012	Scintigrafia renale con DMSA (SPECT)	97,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3013	Scintigrafia renale sequenziale con tracc. a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare	179,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Fegato e vie biliari e milza

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3014	Scintigrafia epatica (SPECT)	174,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3015	Scintigrafia epatica con indicatore positivo (planare)	135,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3016	Scintigrafia epatica con indicatore positivo (SPECT)	184,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3017	Scintigrafia epato-biliare sequenziale	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3018	Scintigrafia epatosplenica (planare)	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3019	Scintigrafia epatosplenica con flussimetria e clearance kupperiana	135,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3020	Scintigrafia splenica con emazie autologhe	77,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Sistema nervoso centrale

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3021	Scintigrafia cerebrale (planare)	116,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3022	Scintigrafia cerebrale (SPECT)	300,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3023	Scintigrafia cerebrale planare con angioscintigrafia	121,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3024	Scintigrafia cerebrale qualitativa (PET)	611,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3025	Scintigrafia cerebrale quantitativa (PET)	795,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3026	Scintigrafia del midollo osseo corporeo totale	82,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Tiroide e paratiroide

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3027	Captazione tiroidea	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3028	Scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea)	174,00		Comprensiva di scintigrafia tiroidea	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3029	Scintigrafia tiroidea	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3030	Scintigrafia tiroidea con indicatore positivo	194,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3031	Scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei	155,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Altri organi

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3032	Immunoscintigrafia	494,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3033	Ricerca di focolai flogistici con leucociti autologhi marcati	388,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3034	Ricerca linfonodo sentinella (chirurgia radiogui-data) (compresa prestazione del medico nucleare-radiologo)	213,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3035	Scintigrafia dell'apparato genitale maschile	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3036	Scintigrafia globale corporea per localizzazione neoplastica con indicatori positivi	358,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3037	Scintigrafia mammaria bilaterale	164,00		Bilaterale.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3038	Scintigrafia surrenale	310,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Neurologia

Premesse specifiche di branca:

Le prestazioni sotto indicate devono essere certificate/prescritte dal medico specialista in neurologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio).

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Le tariffe sono omnicomprendenti dei materiali d'uso e dei medicinali.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3040	Brain mapping	97,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3041	Cura del sonno (terapia completa)	240,00		Terapia completa	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3042	Elettroencefalogramma	65,00		Compreso farmaci per induzione del sonno	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3043	Elettroencefalogramma con sonno farmacologico	135,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3044	Elettroencefalogramma dinamico 24 ore	232,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3045	Elettroencefalogramma (monitoraggio intraoperatorio)	291,00		In corso di intervento	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
3046	Elettromiografia completa senza distinzione di segmento	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3047	Elettroencefalografia con velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto)	29,00		Per arto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3048	Elettroshock con narcosi e spasmolisi (ogni applicazione)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3049	Esame elettrodiagnostico cronassimetrico (per arto)	17,00		Per arto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3050	Esame elettrodiagnostico semplice (per arto)	17,00		Per arto	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3051	Polifisiografia del sonno (1 ciclo)	126,00		Non sovrapponibile al codice 3052	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3052	Polifisiografia del sonno (intera notte)	184,00		Comprensivo di eventuale EEG. Non sovrapponibile al codice 3051	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3053	Potenziali evocati (Baers - Pes - Pev)	65,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3054	Potenziali evocati motori per stimolazione magnetica corticale	65,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3055	Potenziali evocati multimodali	110,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3056	Shock insulinico	75,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3057	Shock con altri mezzi medicamentosi	38,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3058	Studio neurofisiologico del pavimento pelvico	135,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3059	Studio riflessologico del tronco dell'encefalo (blink-reflex, riflessi mandibolari e studio dei periodi silenti massetere)	60,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3060	Test afasie (diagnostica delle afasie)	60,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3061	Test alla L-dopa per diagnosi di M. di Parkinson	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3062	Test di Desmedt (o di stimolazione ripetitiva) per miastenia gravis	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
65591	Test all'Edrofonio per diagnosi di miastenia gravis	30,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3245	Pulsossimetria dinamica intera notte (età infantile)	22,00	Rimborsabile a partire da 0 fino a 3 anni compiuti	Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Oculistica

Premesse specifiche di branca:

Le prestazioni sotto indicate devono essere certificate/prescritte dal medico specialista in oftalmologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio).

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Le tariffe sono onnicomprensive dei materiali d'uso e dei medicinali.

La transilluminazione, il Fundus Oculi, il test di Shirmer, il test di But e lo schermo di Hess sono compresi nella visita specialistica.

La Tonometria (codice 3092) è rimborsabile solo se eseguita in seduta separata rispetto alla visita specialistica, diversamente si considera compresa nella visita stessa.

La Fotografia del fondo oculare (codice 3079) è rimborsabile esclusivamente se eseguita da medico chirurgo specializzato in oftalmologia e solo contestualmente alla visita specialistica.

Gli accertamenti propedeutici alla chirurgia refrattiva sono rimborsabili esclusivamente in modalità pacchetto (si veda la Sezione V- "Pacchetti").

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
65598	Aberrometria oculare	40,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3063	Biometria ottica no-contact (interferometria laser)	90,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3064	Biomicroscopia ad ultrasuoni (UBM)	43,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3065	Campimetria cinetica o statica - perimetria	46,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3066	Campimetria computerizzata (VCP)	52,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
65599	Confoscan (microscopia confocale corneale)	55,00	Rimborsabile max 1 volta l'anno		Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3067	Conta cellule endoteliali (salvo i casi descritti)	38,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3068	Ecobiometria (cristallino)	43,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3069	Elettromiografia	67,00		Limitatamente alle patologie oculari	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3070	Elettronistagmografia	55,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3071	Elettrooculogramma	58,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3072	Elettroretinogramma	58,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3073	Esame ortottico completo (ortottista)	43,00		Prestazione eseguita da ortottista	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3074	Esercizi ortottici (a seduta) (ortottista)	24,00		A seduta. Prestazione eseguita da ortottista	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3075	Fluorangiografia del segmento anteriore	120,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3076	Fluorangiografia della retina con fluoescina	125,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3077	Fluorangiografia della retina con verde indocianina	150,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3078	Fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluoescina	100,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3079	Fotografia del fondo o del segmento anteriore a colori o bianco e nero	23,00		Rimborsabile solo se eseguita da medico chirurgo specializzato in oftalmologia in corso di visita specialistica	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3080	Heidelberg retina tomography (oftalmoscopia laser confocale) con analisi morfometrica del nervo ottico	85,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3081	GDX (scanning laser polarimetria retinica)	48,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3082	Gonioscopia	18,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3083	Microperimetria	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3084	Oftalmodinamometria	22,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3085	Pachimetria corneale	38,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3086	Potenziali evocati visivi	64,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3087	Pupillografia	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3088	Retinografia	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3089	Retinoscopia	105,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3090	S.C.O. (esame del disco ottico e delle fibre nervose retiniche)	58,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3091	Tonografia e test di provocazione	33,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3092	Tonometria, orbitotonometria (se unico atto medico; diversamente compreso nella visita)	33,00		Rimborsabile solo se eseguita in seduta separata rispetto alla visita specialistica, diversamente si considera compresa nella visita	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3093	Topografia corneale	54,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3094	Valutazione flusso ematico oculare (OBF)	48,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3095	Valutazione nictomerale pressione oculare (curva tonometrica)	51,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Otorinolaringoiatria

Premesse specifiche di branca:

Le prestazioni sotto indicate devono essere certificate/prescritte dal medico specialista in otorinolaringoiatria. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Le tariffe sono comprensive dei materiali d'uso ed eventuali medicinali.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3096	Acufenometria	15,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3097	Elettrococleografia (ecog)	80,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3098	Esame audiometrico per adattamento protesico	25,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3099	Esame audiometrico tonale e vocale	30,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3100	Esame foniatrico (logopedista)	39,00		Prestazione eseguita da logopedista	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3101	Esame vestibolare con registrazione V.N.G. (video nistagmografia)	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3102	Esame vestibolare con registrazione V.N.S. (video nistagmoscopia)	50,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3103	Esame vestibolare con registrazione V.N.S. (video nistagmoscopia) e V.N.G. (video nistagmografia)	82,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3104	Esame vestibolare con stimolazione pendolare	41,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3105	Esame vestibolare con stimolazione rotatoria	45,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3106	Esame vestibolare con stimolazione termica	32,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3107	Esame vestibolare con stimolazione termica e rotatoria	55,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3108	Esame vestibolare con stimolazione termica, pendolare e rotatoria	60,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3109	Esercizi foniatrici (a seduta) (logopedista)	21,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta e specifica del numero di sedute
3110	Gustometria	8,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3111	Impedenzometria	24,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3112	Insufflazioni endotimpaniche (non eseguite in stabilimenti termali)	9,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non rimborsabili se eseguiti in stabilimenti termali.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3113	Irrigazioni nasali (non eseguite in stabilimenti termali)	6,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Non rimborsabili se eseguiti in stabilimenti termali.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3114	Manovre liberatorie per canalicolitiasi	25,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3115	Olfattometria	25,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3116	Potenziali evocati acustici	60,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3117	Rinomanometria (anteriore e posteriore)	38,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3118	Sleep endoscopy per roncopia	30,00		Prestazione eseguibile ambulatorialmente	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3119	Stabilometria dinamica	58,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3120	Stabilometria statica	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Pneumologia

Premesse specifiche di branca:

Le prestazioni sotto indicate devono essere certificate/prescritte dal medico specialista in pneumologia.

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i).

Le tariffe sono comprensive dei materiali d'uso ed eventuali medicinali.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti al fine della corretta individuazione del codice prestazione da rimborsare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3121	Aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali)	6,00		Non rimborsabili se eseguiti in stabilimenti termali.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3122	Broncoistillazione-broncoaspirazione	38,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3123	Capnografia	20,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3124	Compliance polmonare statica e dinamica	64,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3125	Esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta)	12,00		A seduta.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta con specifica del numero di sedute necessarie e relazione medica
3126	Ossimetria arteriosa (PaO2 o SaO2)	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3127	Pletismografia corporea (misura VGT, resistenze, volumetria)	67,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3128	Pletismografia induttiva toracica	43,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3129	Pneumotacografia (curva flusso-volume) (unica prova)	29,00		Come unica prova	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3130	Pneumotacografia di base e dopo test di broncostrizione/dilatazione (unica prova)	50,00		Come unica prova	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3131	Respirazione a pressione positiva intermittente	6,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta e relazione medica
3132	Spirometria semplice (con vitalograph)	35,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3133	Spirometria con prova da sforzo	48,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3134	Spirometria con prova da sforzo e test di diffusione	75,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3135	Spirometria con prova da sforzo ed ossimetria continua	65,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3136	Spirometria con test di diffusione e coefficiente di duttanza polmonare	48,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3137	Spirometria con test farmaco-dinamici	70,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3138	Spirometria con volume residuo	39,00		Non sovrapponibile al codice 3127	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3139	Spirometria separata (broncospirometria)	110,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3140	Test di diffusione in "steady state"	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3141	Test di diffusione in respiro singolo	29,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3142	Test di diffusione sotto sforzo	48,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3143	Test di duttanza polmonare	38,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3144	Titolazione CPAP/BPAP	45,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3145	Ventiloterapia (a seduta)	16,00		A seduta.	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

Test allergometrici/Allergologia

Premesse specifiche di branca:

La documentazione di spesa deve essere sempre accompagnata da attestazione medica riportante esattamente la diagnosi ed il numero delle sedute/terapie ritenute necessarie.

Le tariffe comprendono i compensi professionali e i materiali d'uso.

Sono esclusi dai rimborsi i medicinali e/o le sostanze usate per gli esami (serie di allergeni).

È riconosciuto il rimborso di una sola visita allergologica per ciclo di sedute/terapie.

Le tariffe si intendono per seduta.

Non sono rimborsabili i vaccini al di fuori di quanto disciplinato dalla “Sezione U Ticket” del Nomenclatore-Tariffario vigente.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3146	Immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri	10,00			Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3147	Patch test - serie GIRDCA (a lettura immediata - qualsiasi numero di apteni)	63,00		Qualsiasi numero di apteni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3148	Prick test per inalanti ed alimenti (a lettura immediata - qualsiasi numero di allergeni) o Prick test ed intradermoreazioni scalari per veleno di imenotteri	48,00		Qualsiasi numero di allergeni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3149	Test di provocazione congiuntivale allergene specifico o nasale allergene specifico o bronchiale allergene specifico (qualsiasi numero di allergeni) o bronchiale aspecifico (metacolina, istamina, etc.)	33,00		Qualsiasi numero di allergeni	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3150	Test di tolleranza iniettivo per anestetici locali o anestetici generali (qualsiasi numero di farmaci) o per betalattamine (con catene laterali o per penicilline) o per altri farmaci	54,00		Qualsiasi numero di farmaci	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta
3151	Test di tolleranza orale per farmaci (qualsiasi numero di farmaci) o per alimenti (qualsiasi numero di alimenti) o per additivi alimentari e farmacologici (qualsiasi numero di additivi)	33,00		Qualsiasi numero di farmaci/alimenti/additivi	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta

SEZIONE Q. - Fisiokinesiterapia

Premesse specifiche di branca:

Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori.

Le tariffe sono omnicomprensive dei materiali d'uso e medicamenti e si applicano alle prestazioni erogate in regime domiciliare, ambulatoriale e di ricovero, in tutti i casi entro i limiti previsti per la Sezione.

Ai fini del rimborso, per le prestazioni relative alle sottobranches “Terapie Manu Medica”, “Riabilitazione” -

“Fisioterapia” e “Kinesiterapia” è necessario trasmettere al Fondo:

- la prescrizione medica contenente: la diagnosi certa della patologia (non è sufficiente l’indicazione della sola sintomatologia) che rende necessaria l’erogazione delle prestazioni e il piano di trattamento/riabilitazione (tipologia, numero di sedute, numero di prestazioni per seduta e frequenza delle stesse);
- le fatture contenenti i dati della Struttura Sanitaria o del professionista autorizzato/abilitato ad erogare prestazioni di carattere riabilitativo (autorizzazione rilasciate dalle Autorità competenti) e il dettaglio delle terapie eseguite (numero e tipo delle terapie);
- la cartella clinica, in caso di prestazioni erogate in regime di ricovero, completo del diario fisiokinesiterapico (parte integrante della cartella clinica stessa);

Il Fasi si riserva di richiedere il diario fisioterapico per le prestazioni eseguite in regime ambulatoriale e domiciliare ed eseguire controlli amministrativo-sanitari e/o verifiche del titolo accademico/specializzazione del professionista che ha eseguito le prestazioni, anche mediante consultazione degli elenchi registrati presso gli Ordini e/o Albi Professionali.

Si specifica che il Fondo, in relazione ad alcuni quadri patologici e sintomatologici prevede una nuova tariffa di rimborso esclusivamente in modalità “a pacchetto”. Tali pacchetti, dettagliati nella sottobrancha “Pacchetti Fisioterapici su base sintomatologica”, concorreranno alla valorizzazione dei limiti previsti per le prestazioni afferenti alla Sezione Q.

Il Fondo rimborsa **un massimo di 80 prestazioni** (non sedute) per anno (1° gennaio/31 dicembre) per Assistito per patologie neurologiche, neuromotorie ed osteoarticolari indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione, da qualsiasi distretto anatomico trattato. Eventuale rimborso di codici fisioterapici in rapporto ad altri quadri patologici sarà su insindacabile valutazione da parte del Fondo. Non rientrano nel limite suindicato, e quindi nel conteggio delle 80 prestazioni, le prestazioni di: agopuntura (codice 81573), manipolazioni vertebrali (codice 81574), onde d’urto focali (codice 81572), bendaggio elastocompressivo o funzionale (codice 81587), infiltrazioni (codici 81576 – 81577 - 81578), la voce di Fisioterapia domiciliare (voce che si somma alla totalità delle prestazioni fisioterapiche eseguite presso il domicilio – al giorno – codice 87801) e noleggio di apparecchiature (cod. 3181) che hanno propri limiti annuali, riportati nelle rispettive colonne “Limiti” nell’ambito del Tariffario.

Il limite delle 80 prestazioni non si applicherà, su esplicita richiesta dell’Iscritto/Assistito, nel caso in cui le cure siano necessarie e riferite ai quadri sintomatologici (diversi da quelli prescritti per i Pacchetti su base sintomatologica) e/o patologie di seguito descritti:

- paralisi completa, paralisi incompleta, paralisi di singoli nervi, paralisi progressiva del/dei muscoli;
- spasticità;
- mielopatie traumatiche (tetra, paraplegia) e non (sclerosi laterale amiotrofica, a placche, etc.);
- cerebropatie infantili (spastici, etc.);
- patologie intrinseche neurologiche (Corea di Hungtinton, Parkinson, etc.);
- rieducazione degli amputati;
- patologie intrinseche del muscolo (distrofia muscolare progressiva, etc.).

In tali casi, ogni richiesta di rimborso delle prestazioni fisiokinesiterapiche dovrà essere accompagnata da un’aggiornata e dettagliata relazione del medico specialista competente per diagnosi, che evidenzi il quadro clinico, l’iter terapeutico, il numero e il tipo di prestazioni necessarie al mantenimento/ stabilizzazione paziente. Eventuale esenzione permanente dai limiti predetti, riferibili ad altri quadri patologici oltre quelli specificati saranno soggetti ad insindacabile valutazione da parte del Fondo.

Il limite, inoltre, delle 80 prestazioni non si applicherà, sempre su esplicita richiesta dell’Iscritto/Assistito, alle prestazioni fisiokinesiterapiche fruite e fatturate nei 120 giorni successivi ai seguenti interventi chirurgici (esenzione temporanea):

- - protesi tibiotarsica od omero;
- lesioni capsulo legamentose (propriamente dette) di ginocchio o caviglia o spalla;
- ernie cervicali o dorsali o lombari o stabilizzazioni vertebrali (spondilolistesi);

I 120 giorni sono conteggiati dalla data dell’intervento. In tali casi, ogni richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata dalla:

- cartella clinica e lettera di dimissione ospedaliera, pur se già inoltrata con altra richiesta;
- relazione aggiornata del medico chirurgo che ha effettuato l’intervento che confermi la necessità di iniziare/proseguire il percorso riabilitativo, avendo cura di indicare il numero e il tipo di terapie fisiokinesiterapiche necessarie alla risoluzione dell’evento.

In caso di esenzione temporanea ai limiti relativi alle prestazioni Fisiokinesiterapiche, non è possibile riconoscere quanto afferente ai “Pacchetti Fisioterapici su base sintomatologica” (e viceversa).

Si specifica che, successivamente all’intervento chirurgico di protesi totale/parziale di anca (oppure protesi

totale/parziale di anca/revisione protesi totale/parziale di anca nel medesimo ricovero e/o in ricovero successivo)), di protesi totale di ginocchio, di protesi parziale di ginocchio (oppure anche in caso di revisioni di protesi al ginocchio – qualsiasi tipologia) per il quale è prevista la sola modalità di rimborso a pacchetto, è rimborsabile esclusivamente il “pacchetto di riabilitazione post chirurgica”, secondo la relativa fascia di età. Tali pacchetti di riabilitazione devono essere fruiti entro i 120 giorni successivi alla data dell’intervento chirurgico. In tali casi non è riconoscibile l’esenzione temporanea al superamento del limite annuo di 80 prestazioni né l’accesso ai “pacchetti fisioterapici su base sintomatologica”.

La “Terapia Occupazionale” è riconosciuta dal Fondo, in caso di Iscritti/Assistiti affetti da disabilità cognitive, fisiche, psichiche preesistenti mentre, la voce/prestazione “Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche” è riconosciuta dal Fondo, nel caso di danno neurologico invalidante e quindi, di terapia volta al recupero di capacità funzionali motorie o neuro-motorie recentemente ridotte e/o perdute per malattia o traumatismi e/o per patologie cronico-degenerative (es. Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla ecc) Le predette prestazioni si intendono a seduta e non si sommano ad altre terapie/prestazioni della medesima sezione Q.

Al fine del riconoscimento del rimborso per “Terapia Occupazionale” dovrà chiaramente risultare l’abilitazione del professionista che ha effettuato le sedute/prestazioni.

Nessuna delle terapie/voci della presente sezione è assimilabile alla “Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS/ rTMS).

Le prestazioni "manu medica" sono riconosciute dal Fondo esclusivamente se effettuate da medico-chirurgo abilitato nell'Unione Europea.

Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o da queste conseguenti.

Il Fondo non rimborsa prestazioni effettuate da chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/ IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, capo bagnini degli stabilimenti idroterapici/termali (non sono previste deroghe).

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Terapie Manu Medica

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
81572	Onde d'urto focali-manu medica - Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteo-articolari o tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della Struttura Sanitaria ed eventuali materiali e medicinali - a seduta/prestazione	60,00	Rimborsabile Max 6 sedute l'anno.	Prestazione comprensiva dei compensi professionali, uso Struttura Sanitaria, materiali e medicinali. Unicamente se eseguito da medico chirurgo. A seduta. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
81573	Agopuntura (manu medica)	25,00	Rimborsabile Max 10 sedute l'anno.	Unicamente se eseguito da medico chirurgo. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
81574	Manipolazioni vertebrali o chiroterapia (manu medica)	17,00	Rimborsabile Max 10 sedute l'anno.	Unicamente se eseguito da medico chirurgo. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
81575	Massoterapia Distrettuale - Riflessogena (manu medica)	9,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Unicamente se eseguito da medico chirurgo. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
81576	Infiltrazione di fattori di crescita (lesioni muscolo-scheletriche, dermatologiche) comprensivo di materiali, medicinali ed apparecchiature.	200,00	Rimborsabile Max 3 sedute l'anno	Comprensiva di materiali, medicinali, apparecchiature e fase di processazione. Unicamente se eseguito da medico chirurgo specializzato. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
81577	Infiltrazioni articolari eco-rx guidate (spalla-ginocchio-anca-gomito-polso-caviglia) compreso eco/rx indipendentemente dal numero di articolazioni trattate	45,00	Rimborsabile Max 5 sedute l'anno.	Indipendentemente dal numero articolazioni trattate. Compreso eco/rx, materiali, medicinali ed apparecchiature. Unicamente se eseguito da medico chirurgo specializzato. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura
81578	Infiltrazioni articolari TC guidate (spalla-ginocchio-anca-gomito-polso-caviglia) compreso TC indipendentemente dal numero di articolazioni trattate	130,00	Rimborsabile Max 5 sedute l'anno indipendentemente dal numero articolazioni trattate	Indipendentemente dal numero articolazioni trattate. Compreso T.C. materiali, medicinali ed apparecchiature. Unicamente se eseguito da medico chirurgo specializzato. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica specialista con diagnosi. Relazione medica che dettagli la procedura

Riabilitazione

Premesse specifiche di branca:

Le voci della presente sessione non sono sovrapponibili ad altre voci della sezione Q ad eccezione dei codici 87801 "Fisioterapia Domiciliare"; codice 81576 "Infiltrazioni di fattori di crescita..[...]"; codice 81577 "Infiltrazioni articolari eco-rx guidate..[...]"; Infiltrazioni articolari TC guidate..[...] nei limiti e alle condizioni previste dai singoli.

La voce "Rieducazione Gnatologica – Logopedica - Sensoriale (a seduta)" (codice 78021) è riconosciuta anche per le sedute di terapia neuro-psicomotoria eseguite da terapisti, regolarmente riconosciuti dalle autorità competenti, della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3152	Rieducazione cardiopatici (a seduta)	20,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Rimborso onnicomprensivo indipendentemente dal numero/tipologia di terapie eseguite durante da seduta. Non sovrapponibile ad altre voci della Sezione Q. Si può sommare al codice 87801 Fisioterapia Domiciliare. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3153	Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche (a seduta)	20,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Rimborso onnicomprensivo indipendentemente dal numero/tipologia di terapie eseguite durante da seduta. Non sovrapponibile ad altre voci della Sezione Q. Si può sommare al codice 87801 Fisioterapia Domiciliare. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
78021	Rieducazione gnatologica - logopedica - sensoriale (a seduta)	20,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Rimborso onnicomprensivo indipendentemente dal numero/tipologia di terapie eseguite durante da seduta. Non sovrapponibile ad altre voci della Sezione Q. Si può sommare al codice 87801 Fisioterapia Domiciliare. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
78023	Rieducazione respiratoria per patologie apparato respiratorio (a seduta)	20,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Rimborso onnicomprensivo indipendentemente dal numero/tipologia di terapie eseguite durante da seduta. Non sovrapponibile ad altre voci della Sezione Q. Si può sommare al codice 87801 Fisioterapia Domiciliare. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
81579	Riabilitazione per Patologie Neoplastiche (a seduta)	20,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Rimborso onnicomprensivo indipendentemente dal numero/tipologia di terapie eseguite durante da seduta. Non sovrapponibile ad altre voci della Sezione Q. Si può sommare al codice 87801 Fisioterapia Domiciliare. A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie

Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)

Premesse specifiche di branca:

La riabilitazione del pavimento pelvico, alla di cui voce "Elettroterapie..[...]" (codice 81581) è riconosciuta anche dietro presentazione della prescrizione medica rilasciata dallo Specialista in Ginecologia e Ostetricia e anche se eseguita da diplomata/o abilitato alla professione di Ostetrica/o.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3161	Laserterapia antalgica	14,00	Per il limite vedere premessa		Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3165	Pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente o linfodrenaggio manuale (limitatamente ai casi di linfedema, linfadenectomia ascellare/inguinale oppure nei casi di intervento per protesi di anca nell'ambito delle terapie post ricovero).	18,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Limitatamente ai casi di linfedema, linfadenectomia ascellare/inguinale oppure nei casi di intervento per protesi di anca/ginocchio nell'ambito delle terapie post ricovero (successivamente al periodo di fruibilità pacchetto riabilitazione post intervento). Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
3167	Terapia a luce ultravioletta o applicazione PUVA (a seduta)	12,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	A seduta. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
81580	Onde d'urto radiali	15,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
81581	Elettroterapie: elettroterapia riabilitativa (elettr stimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale- neurostimolazione - Lorenzterapia - riabilitazione pavimento pelvico/perianale ecc.)	12,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
81582	Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi)	9,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
81583	Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa (ipertermia - campi magnetici - diatermia - tens - hilterapia - tecarterapia - pedana vibrante - fototerapia- horizontal terapy ecc) ad eccezione di quanto dettagliato	12,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie

Kinesiterapia (terapia di movimento)

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3172	Esercizi Posturali	10,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
3173	Rieducazione motoria, propriocettiva	12,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
3175	Massoterapia	10,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
3179	Terapia occupazionale (a seduta)	12,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	A seduta. Unicamente se eseguita da professionista con relativa ed apposita abilitazione. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3180	Trazioni vertebrali meccaniche (a seduta)	8,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	A seduta. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
3181	Noleggio apparecchiatura per terapia a domicilio per: kinesiterapia attiva o passiva o elettroterapia (ionoforesi, diadinamic, elettrostimolazione, tens, ultrasuonoterapia) o magnetoterapia o pressoterapia, limitatamente a postumi da fratture o da interventi chirurgici entro 365 giorni dall'evento comprovato da cartella clinica; o per ventilazione assistita durante il sonno per sindrome dell'apnea notturna; o per vacuum therapy per ulcere cutanee	9,00	Rimborsabili Max di 60 giorni l'anno	Al giorno. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica del numero di sedute necessarie e del tipo di apparecchiatura.
87801	Fisioterapia domiciliare (al giorno)	20,00		Indipendentemente dal numero di prestazioni e/o sedute giornaliere. Al giorno. La voce si somma a quella delle terapie. Non associabile ai Pacchetti Fisiokinesiterapici su base sintomatologica. Non rimborsabile in ambito di ricovero e/o ambulatoriale.	Prescrizione medica con diagnosi certa, specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie al domicilio. Relazione medica che evidenzia il quadro clinico critico che non consente l'esecuzione delle terapie in regime ambulatoriale.
81584	Riabilitazione in ambiente microgravitativo acquatico e terrestre	12,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
81585	Esercizi assistiti con attrezzature con dinamometria	13,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di prestazioni necessarie
81586	Terapia manuale distrettuale (mobilitazioni articolari e/o vertebrali - terapista)	10,00	Rimborsabile nell'ambito delle 80 prestazioni annue massime	Eseguito da fisioterapista. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica delle terapie e del numero di sedute necessarie
81587	Bendaggi elastocompressivi o funzionali	45,00	Rimborsabili Max 5 bendaggi l'anno.	indipendentemente dalla localizzazione/ numero. Indipendentemente se elastocompressivi o funzionali. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica con diagnosi certa e specifica analitica del tipo di bendaggio eseguito

Pacchetti Fisioterapici su base sintomatologica

Premesse specifiche di branca:

I pacchetti di prestazioni fisiokinesiterapiche sono indentificati per quadri "Sintomatologici" e sono fruibili esclusivamente in ambito ambulatoriale per il trattamento della fase acuta di una potenziale patologia alla base del sintomo.

È rimborsabile 1 solo pacchetto sintomatologico l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) indipendentemente dalla sintomatologia di riferimento del pacchetto ed indipendentemente dal tipo di pacchetto.

Ogni pacchetto è costituito da 15 sedute costituite da diverse prestazioni. Poiché le prestazioni fisiokinesiterapiche sono soggette a limiti quantitativi (80 prestazioni annue – 1 gennaio/ 31 dicembre), ogni pacchetto sintomatologico contribuirà alla valorizzazione dei limiti annui di voci/prestazioni fisiokinesiterapiche nella misura di 35 quantità/prestazioni come da esempio a seguire.

Es: nella totalità di 80 prestazioni annue, eseguendo il Pacchetto "Lombalgia" (pari a 35 prestazioni), resteranno a disposizione 45 prestazioni di fisioterapia da poter fruire entro il 31 dicembre (nel caso in cui non si siano fruite precedentemente al pacchetto altre prestazioni della Sezione Q).

Il rimborso è previsto per l'intero pacchetto (non frazionabile in termini numerici e di importo) e dovrà essere

eseguito entro massimo 30gg solari dalla data della prima seduta (conformemente a quanto previsto dal Regolamento), per la risoluzione della fase acuta; non sono ammesse fatturazioni anticipate del predetto pacchetto/terapie e non potranno essere erogate a rimborso altre prestazioni delle sezioni "Riabilitazione"- "Fisioterapia (Terapia mezzi fisici)" – "Kinesiterapia (Terapia del movimento)".

Si precisa che il rimborso previsto per i pacchetti "Sintomatologici" sono di tipo forfettario pertanto, indipendentemente dal numero di sedute ed indipendentemente dal numero/tipologia di prestazioni eseguite, il rimborso sarà erogato in una unica soluzione (nei limiti della spesa effettivamente sostenuta) ed eroderà il massimale delle prestazioni fisiokinesiterapiche sempre nella misura di 35 quantità/prestazioni.

Non è previsto il contributo per la "Fisioterapia domiciliare" nei casi di "Pacchetti Fisioterapici su Base Sintomatologica".

Si precisa che alcuni pacchetti "Sintomatologici" riportano nella descrizione l'indicazione di "noxa patogena" laddove più frequentemente si sia potuto associare disturbo, terapia e localizzazione dell'evento.

I pacchetti "Sintomatologici" non sono rimborsabili/assimilabili alla riabilitazione post intervento chirurgico, post intervento chirurgico a pacchetto, post pacchetto riabilitazione protesi di anca (qualsiasi tipo) e/o post riabilitazione protesi ginocchio (qualsiasi tipologia), conseguentemente non possono essere riconosciuti contemporaneamente e/o successivamente a questi.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
81588	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Lombalgia - Lombosciatalgia - Sciatalgia: Riabilitazione in ambiente microgravitatorio; Rieducazione motoria, propriocettiva; Terapia manuale distrettuale (mobilizzazioni articolari e/o vertebrali); Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Laser Terapia Antalgica.	525,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81590	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Artrosica: Riabilitazione in ambiente microgravitatorio; Rieducazione motoria, propriocettiva; Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi); Massoterapia; Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Esercizi assistiti con attrezzature con dinamometria; Laser Terapia Antalgica.	765,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81591	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Cervicalgia - Dorsalgia: Riabilitazione in ambiente microgravitatorio; Rieducazione motoria, propriocettiva; Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Laser Terapia Antalgica.	405,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
81592	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Tendinite: Rieducazione motoria, propriocettiva; Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Onde d'urto radiali; Laser Terapia Antalgica.	345,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81593	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Gonalgia e Coxalgia: Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi); Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Esercizi assistiti con attrezzature con dinamometria; Onde d'urto radiali; Laser Terapia Antalgica.	510,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81594	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Sindrome della cuffia dei rotatori: Riabilitazione in ambiente microgravitatorio; Rieducazione motoria, propriocettiva; Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Esercizi assistiti con attrezzature con dinamometria; Onde d'urto radiali; Laser Terapia Antalgica.	675,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81595	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Talalgia: Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi); Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Onde d'urto radiali; Laser Terapia Antalgica.	330,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81596	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Podalgia anteriore/posteriore: Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi); Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Onde d'urto radiali; Laser Terapia Antalgica.	330,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
81598	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Fibromialgia; Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi); Riabilitazione in ambiente microgravitativo; Rieducazione motoria, propriocettiva; Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Terapia manuale distrettuale (mobilizzazioni articolari e/o vertebrali); Laser Terapia Antalgica.	615,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81599	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Neuropatie compressive periferiche; Elettroterapie: elettroterapia riabilitativa; Elettroterapia con veicolazione transdermica (ionoforesi); Terapia manuale distrettuale (mobilizzazioni articolari e/o vertebrali)	300,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.
81600	Pacchetto Fisioterapia Sintomatologia Scoliosi dolorosa; Riabilitazione in ambiente microgravitativo; Rieducazione motoria, propriocettiva; Terapia manuale distrettuale (mobilizzazioni articolari e/o vertebrali); Massoterapia; Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Laser Terapia Antalgica.	615,00	Rimborsabile Max 1 volta l'anno (15 sedute entro 30 giorni massimi dalla data della prima seduta) indipendentemente dalla tipologia di Pacchetto Fisioterapico su base Sintomatologica. Il pacchetto costituito da 15 sedute erode il massimale FKT per 35 quantità.	Prestazione fruibile solo ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione del medico chirurgo specializzato in Fisiatria e/ o Ortopedia e Traumatologia o del medico di base in cui sia specificata la sintomatologia, la parte corpo ed eventuale lateralità. Copia del diario fisioterapico con indicazione data di inizio terapie e data ultima terapia.

SEZIONE R. - PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE

Per le prestazioni odontoiatriche si rinvia al Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria ed. 1.4.2025.

SEZIONE S. - TUTELE NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI DI ASSISTENZA

Nel rispetto di quanto stabilito dal rinnovo dall'art. 18 del CCNL sottoscritto in data 30 luglio 2019, il Fasi ha ampliato le tutele previste a beneficio degli Assistiti non autosufficienti.

Di seguito sono descritti i contenuti delle tutele attive nel 2025, i beneficiari delle stesse e le modalità di attivazione.

Per chiedere informazioni sulle tutele, attivare le stesse ed effettuare segnalazioni o contestazioni l'Assistito potrà rivolgersi al Contact Center (opzione 6).

A. Indennizzo in caso di non autosufficienza temporanea o permanente

Definizione dello stato di non autosufficienza

Si considera stato di non autosufficienza l'Assistito che, a causa di una malattia, una lesione o la perdita delle forze, si trovi in uno stato tale da aver bisogno – prevedibilmente per sempre – quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona **nel compiere almeno 3 delle seguenti 6 azioni** consuete della vita

quotidiana, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici:

- Muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona;
- Alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- Vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei;
- Consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei;
- Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato debba essere lavato, pettinato e rasato da un'altra persona non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari;
- Funzioni fisiologiche: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

Tutela erogata in caso di non autosufficienza

L'Assistito che, in conseguenza di un infortunio o di una malattia, risulti non autosufficiente (temporaneo o permanente) e necessiti di assistenza avrà riconosciuto un **indennizzo forfetario di € 800,00** per ciascun mese di assistenza e comunque **per un massimo di 270 giorni per evento**. Per le assistenze infra mensili il limite di € 800,00 si intende proporzionalmente ridotto in funzione della effettiva durata sub mensile dell'assistenza, secondo il criterio c. d. "pro rata temporis".

Lo stato di non autosufficienza viene riconosciuto ad insindacabile giudizio dei medici di Blue Assistance, anche a seguito, laddove ritenuto necessario, di eventuali controlli medici per appurare lo stato di salute dell'assistito.

La tutela viene erogata a tutti gli Assistiti, indipendentemente dall'età. La richiesta di tutela, anche in caso di non autosufficienza permanente, va ripresentata al Fasi annualmente.

Condizioni di non assicurabilità

Nei casi in cui l'assistito sia affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da malattie psichiatriche in genere.

Modalità di accesso e attivazione

Al fine di accedere ai Servizi l'assistito dovrà contattare, all'insorgere della necessità, la Centrale Operativa Blue Assistance, in funzione 24 ore su 24, al **numero verde dedicato 800-63-6233 oppure al numero 011-7417272**. Dall'estero, l'assistito ha a disposizione il numero **0039-011-7417272**.

Scegliere opzione 3 in caso di prima attivazione della tutela e l'opzione 2 in caso di rinnovo della tutela

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'assistito potrà trasmettere un fax al numero **011-7425588** oppure una mail all'indirizzo di posta elettronica:

fasi@blueassistance.it

È necessario qualificarsi quale assistito Fasi, comunicando:

- Cognome, nome e numero di posizione Fasi;
- Prestazione richiesta;
- Dati relativi al luogo dove intervenire;
- Numero telefonico al quale essere ricontattato.

B. Rendita temporanea Long term Care in caso di non autosufficienza permanente

In caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana in maniera permanente, è prevista l'attivazione di una rendita temporanea quinquennale dell'importo di € 15.000 annui, rivalutabile annualmente e frazionata in rate mensili da € 1.250.

La tutela è rivolta ai dirigenti in servizio/prosecutori volontari e ai componenti dei loro nuclei familiari con età compresa tra i 18 e 65 anni.

La tutela può essere erogata nel caso in cui la condizione di non autosufficienza permanente si verifichi a partire dal 1/1/2025.

Modalità di accesso e attivazione

Contattare il Contact Center del Fasi dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, al numero telefonico 06.518911 opzione 6

Definizione dello stato di non autosufficienza

Si considera stato di non autosufficienza l'Assistito che, a causa di una malattia, una lesione o la perdita delle forze, si trovi in uno stato tale da aver bisogno – prevedibilmente per sempre – quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere almeno 3 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici:

- Muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona;
- Alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- Vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei;
- Consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei;
- Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito debba essere lavato, pettinato e rasato da un'altra persona non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari;
- Funzioni fisiologiche: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

Tutela erogata in caso di non autosufficienza permanente

C. Servizio di assistenza medica, infermieristica e professionale

Il Fasi eroga, attraverso la Centrale Blu Assistance, servizi di assistenza medica, infermieristica e professionale, accessibili tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, di seguito elencati:

1. consulenza medica.
2. informazione sanitaria.
3. trattamenti di fisiokinesiterapia e massoterapia a seguito di non autosufficienza.
4. invio di un infermiere professionale post ricovero.
5. visita medico curante e conseguente rilascio certificato di non autosufficienza.
6. reperimento ed invio di un medico d'urgenza a domicilio.
7. reperimento ed invio di un medico specialista a domicilio.
8. reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza.
9. trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato.
10. rientro dal centro ospedaliero attrezzato.
11. rientro sanitario dall'estero.
12. consulenza sanitaria per ricoveri all'estero di alta specializzazione.
13. interprete a disposizione all'estero.
14. consegna di farmaci a domicilio.
15. tourist medical service.
 - a. trasmissione messaggi urgenti.
16. rientro anticipato per decesso di un familiare o di un contitolare dell'azienda o studio professionale.

Modalità di accesso e attivazione

Al fine di accedere ai Servizi l'assistito dovrà contattare, all'insorgere della necessità, la Centrale Operativa Blue Assistance, in funzione 24 ore su 24, **al numero verde dedicato 800-63-6233 oppure al numero 011-7417272**. Dall'estero, l'assistito ha a disposizione il numero **0039-011-7417272**.

Selezionare l'opzione 1.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'assistito potrà trasmettere un fax al numero **011-7425588** oppure una mail all'indirizzo di posta elettronica:

fasi@blueassistance.it

È necessario qualificarsi quale assistito Fasi, comunicando:

- Cognome, nome e numero di posizione Fasi;
- Prestazione richiesta;
- Dati relativi al luogo dove intervenire;
- Numero telefonico al quale essere ricontattato.

Di seguito si riporta la descrizione dei servizi offerti:

1. Consulenza medica

È possibile conoscere, mediante contatto diretto o tramite il proprio medico curante con i medici di Blue Assistance/Servizio Fasi, la prestazione più appropriata tra quelle a cui si ha diritto, in relazione alla situazione segnalata.

2. Informazione Sanitaria

L'Assistito può acquisire informazioni, telefonando a Blue Assistance/Servizio Fasi, riguardanti i seguenti argomenti di carattere medico sanitario:

- Organizzazione di consulti medici;
- Esistenza e reperibilità di farmaci in Italia ed all'estero;
- Assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE. Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'assistito in condizione di ottenere quanto necessario.

3. Trattamenti di fisiokinesiterapia e massoterapia a seguito di Non Autosufficienza

Si intendono comprese le spese per trattamenti fisioterapici di rieducazione/riabilitazione neuromotoria e massoterapia, **unicamente in riferimento alla condizione di non autosufficienza e purché effettuate ai fini riabilitativi e rieducativi**, in misura di una (1) prestazione a settimana per un massimo di 4 mesi per anno assicurativo. Tali prestazioni rientrano in copertura solo se erogate da strutture e/o medici convenzionati con Blue Assistance. Nessun rimborso spetta in caso di utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati con Blue Assistance né in caso di mancato preventivo accordo con la Centrale Operativa.

Gli interventi per la fornitura dei servizi di assistenza richiesti saranno disposti direttamente dalla Blue Assistance, previa valutazione e approvazione dei propri medici, ovvero dalla stessa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto di assistenza. In considerazione della natura delle prestazioni previste (fornitura di servizi) e della copertura annuale della polizza, le prestazioni medesime, compresa l'assistenza domiciliare professionale (non autosufficienti), non potranno essere riconosciute in forma retroattiva.

Tutte le prestazioni devono intendersi nei limiti economici e temporali previsti per ogni singolo intervento.

Tale prestazione è riservata agli assistiti che hanno attivato la tutela non autosufficienza di cui al paragrafo A, ad esclusione di quelli che risiedono in RSA.

4. Invio di un infermiere professionale post ricovero

Qualora l'assistito, ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di infortunio o di malattia, al momento della dimissione richieda, **in quanto prescritto dai medici curanti**, l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio, la Blue Assistance/Servizio Fasi provvederà a reperire e inviare il relativo personale, ponendo il costo a proprio carico, con il limite di € 1.000,00 per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito e per ogni anno. **L'assistito dovrà prendere contatto con Blue Assistance/Servizio Fasi almeno 48 ore prima delle previste dimissioni dall'istituto di cura.**

5. Visita medico curante e conseguente rilascio certificato di non autosufficienza

La Società rimborsa una (1) visita medica - per ogni anno assicurativo - effettuata dal medico curante per accertare e certificare lo stato di non autosufficienza. Il rimborso avviene entro il limite di € 50,00, su presentazione di documentazione di spesa fiscalmente regolare.

6. Reperimento ed invio di un medico d'urgenza a domicilio

Qualora l'assistito, nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 08.00, al sabato e nei giorni prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00 o nei giorni festivi, 24 ore su 24, abbia necessità di reperire urgentemente il proprio medico curante e questi non sia disponibile, contattando Blue Assistance è possibile ottenere l'invio di un medico convenzionato con Blue Assistance stessa. In alternativa, Blue Assistance, nel caso in cui lo ritenesse necessario, organizzerà il trasferimento dell'assistito nel Centro Medico idoneo più vicino mediante ambulanza o altro mezzo di trasporto ritenuto idoneo a giudizio di Blue Assistance medesima. La Società terrà a proprio carico i costi relativi. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di 3 volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito. Resta inteso che Blue Assistance non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto, Blue Assistance potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti medici con l'assistito.

7. Reperimento ed invio di un medico specialista a domicilio

Qualora l'assistito abbia urgente necessità di un medico specialista, a seguito di malattia improvvisa o infortunio, potrà contattare Blue Assistance che provvederà ad inviarne uno convenzionato con Blue Assistance stessa. Il costo è a carico della Società fino ad un massimo di € 60,00 per evento. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di due volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

8. Reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza

Qualora, a seguito di infortunio e/o malattia, l'assistito necessiti, a giudizio del medico curante e dei medici di Blue Assistance, di un ricovero d'urgenza, Blue Assistance provvederà alla ricerca, al reperimento e all'invio di un'ambulanza. La Società terrà a proprio carico i costi relativi. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di 3 volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito. Resta inteso che Blue Assistance non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto, la Blue Assistance potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (servizio 118), tenendo i contatti medici con l'assistito.

9. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Nel caso di infortunio o malattia conseguente ad una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici di Blue Assistance, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la medesima provvederà:

- a individuare e a prenotare (in accordo con l'iscritto), tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano (al di fuori della regione di residenza dell'assistito) o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assistito;
- a organizzare il trasporto dell'assistito con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario, per il quale la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 30.000,00 per assistito e per anno;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
 - altro mezzo;
- a fornire assistenza durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici di Blue Assistance.

Non danno luogo alla prestazione:

- le lesioni che, a giudizio dei medici di Blue Assistance, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assistito; tuttavia la garanzia è operante anche quando l'assistito subisca un infortunio conseguente alla circolazione stradale o alla pratica di attività sportiva (non esclusa dalla polizza), che richiede un ricovero in un centro ospedaliero specializzato all'interno della Regione di residenza. In tal caso la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 5.000,00 per assistito e per anno;
- le terapie riabilitative, le malattie infettive e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi

violazione di norme nazionali o internazionali.

Durante il ricovero dell'assistito possono essere attivati contatti telefonici tra la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica. La Società terrà a proprio carico i costi relativi al trasferimento (con le limitazioni suindicate per i ricoveri all'interno della Regione di residenza dell'assistito e per l'aereo sanitario). La prestazione potrà essere fornita per un massimo di una volta l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

10. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assistito, dopo la degenza, viene dimesso dal centro ospedaliero posto al di fuori della sua Regione di residenza, Blue Assistance/Servizio Fasi provvederà al suo rientro presso il domicilio con il mezzo che i medici di Blue Assistance stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'assistito medesimo:

- aereo sanitario, per il quale la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 30.000,00 per assistito e per anno;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso;
- altro mezzo.

Il trasporto sarà interamente organizzato da Blue Assistance ed effettuato a spese della Società (con il limite suindicato per l'aereo sanitario), inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

11. Rientro sanitario dall'estero

La prestazione è fornita a seguito di infortunio o malattia occorso all'assistito quando si trova all'Estero in viaggio per un periodo continuativo non superiore a 60 giorni. Nel caso di assistito residente all'estero, quando si trova fuori della città di residenza ad una distanza superiore a 100 km. Qualora, a seguito di infortunio o malattia, le condizioni dell'assistito, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici di Blue Assistance ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in istituto di cura attrezzato in Italia (o all'estero se ivi residente) o alla sua residenza, Blue Assistance provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici di Blue Assistance stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario per il quale la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 30.000,00 per assistito e per anno;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di percorso);
- altro mezzo.

Il trasporto sarà interamente organizzato da Blue Assistance/Servizio Fasi ed effettuato a spese della Società (con il limite suindicato per l'aereo sanitario), inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. Blue Assistance, qualora abbia provveduto al rientro dell'assistito a spese della Società, ha il diritto di richiedere all'assistito stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assistito di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali internazionali

La prestazione potrà essere fornita per un massimo di tre volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

12. Consulenza sanitaria per ricoveri all'estero di alta specializzazione

In caso di infortunio o malattia che possano dar luogo a interventi urgenti di particolare complessità, la guardia medica di Blue Assistance è a disposizione per fornire informazioni sui centri sanitari di alta specializzazione all'estero.

In questi casi i medici di Blue Assistance, in servizio 24 ore su 24, potranno richiedere la documentazione clinica in possesso dell'assistito per poter fornire una consulenza specialistica immediata sulla struttura sanitaria più idonea, restando comunque a disposizione per facilitare i contatti all'assistito anche per eventuali problemi linguistici. Blue Assistance fornirà il supporto logistico per il trasferimento urgente del paziente dal suo domicilio al luogo dove avverrà il ricovero. Il costo del trasferimento rimarrà a carico della Società. La prestazione potrà

essere fornita per un massimo di una volta l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

13. Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'assistito venga ricoverato all'estero in una Struttura Sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'assistito stesso ed i medici curanti, Blue Assistance, compatibilmente con le disponibilità locali, provvederà a reperirlo. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 1.000,00 per evento e per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

14. Consegna di farmaci a domicilio

Qualora l'Assistito sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza presso il proprio domicilio/residenza, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa per un massimo di tre settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita. L'Assistito, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia e reperibili nel raggio di 30 Km dalla residenza dell'Assistito, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – una volta la settimana, previo accordo con Assistito e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Reale Mutua. A carico dell'Assistito resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna. Nel caso in cui l'Assistito benefici dell'ASSISTENZA PROFESSIONALE DOMICILIARE (NON AUTOSUFFICIENZA), la consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – per un massimo di tre volte per annualità assicurativa, previo accordo con l'Assicurato assistito e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa. A carico dell'assistito resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

15. Tourist medical service

Qualora l'assistito debba intraprendere un viaggio in Paesi tropicali o comunque definiti a rischio dal punto di vista sanitario e richieda informazioni su:

- vaccinazioni e profilassi necessarie prima del viaggio;
- consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante il viaggio;
- segnalazioni di medici o centri specializzati in medicina tropicale od infettivologia in Italia o all'estero;

Blue Assistance provvederà ad evadere la richiesta. In caso di malattia incorsa durante il viaggio o nei 15 giorni successivi al rientro in Italia, i medici di Blue Assistance saranno a disposizione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno per consigli telefonici all'assistito, o ad altra persona che agisca in sua vece, o per un consulto con i medici che l'hanno in cura.

16. Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'assistito, nel corso di un viaggio, richieda di trasmettere a persone in Italia o all'estero messaggi urgenti che rivestano carattere oggettivo di necessità e non sia in grado di farlo a seguito di infortunio o malattia, Blue Assistance, 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, accertata l'oggettiva urgenza del messaggio e compatibilmente con la possibilità di contattare la persona indicata dall'assistito, provvederà a trasmetterlo. Blue Assistance non sarà responsabile del contenuto dei messaggi trasmessi.

17. Rientro anticipato per decesso di un familiare o di un contitolare dell'azienda o studio professionale

Qualora, nel corso di un viaggio dell'assistito, deceda un suo familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) od un contitolare della sua azienda o del suo studio professionale e sia indispensabile ed indifferibile la presenza dell'assistito sul posto di lavoro, Blue Assistance provvederà a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (1° classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dove è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per rientrare alla propria residenza. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 1.000,00 per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito e per evento. L'assistito è tenuto a fornire, su richiesta di Blue Assistance ed al massimo entro 30 giorni, il certificato di morte rilasciato dall'anagrafe

Prestazioni indirette

Tutti i servizi sopra riportati sono forniti nell'ambito delle relative modalità e singole limitazioni. Tuttavia, si

possono verificare, eccezionalmente, situazioni in cui non è tempestivamente attivabile l'intervento da parte della Società, per esempio a causa di anomalie anagrafiche piuttosto che contributive della posizione dell'iscritto/assistito. **In tal caso, l'assistito dovrà farsi carico del costo della prestazione, per poi richiederne il rimborso alla medesima Società, nei limiti previsti, una volta definite le citate anomalie e ripristinati, quindi, i requisiti previsti per l'erogazione della prestazione di cui trattasi.** In tali casi, ovvero in tutte le situazioni in cui sia previsto un onere a carico dell'assistito, anche parziale, Blue Assistance provvederà ad informare di tale onere l'assistito stesso. Si evidenzia che l'accordo con le Società ha consentito alla Blue Assistance di mettere a disposizione degli assistiti Fasi i servizi previsti alle condizioni di favore contrattate a livello territoriale

Ulteriori informazioni estensione territoriale

Le prestazioni sono erogabili sia in Italia, compreso lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino, che all'Estero, con l'esclusione comunque dei paesi in stato di belligeranza, anche se non dichiarata.

Eventuali oneri a carico assistito

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Blue Assistance preveda dei costi superiori ai limiti di copertura previsti che restano a carico dell'assistito, Blue Assistance/Servizio Fasi quantificherà preventivamente tali costi e, qualora gli stessi debbano essere anticipati dalla Società, l'assistito deve concordare con Blue Assistance sufficienti salvaguardie di rimborso.

Blu Assistance può rivalersi sull'Assistito in caso di prestazioni indebitamente ottenute.

Esclusione

L'assicurazione vale per tutti gli assistiti Fasi indipendentemente dall'età e dallo stato di salute degli assistiti stessi al momento dell'inizio della tutela, ad eccezione dei casi in cui l'assistito sia affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da malattie psichiatriche in genere. Fermo restando le condizioni e le esclusioni previste per le singole prestazioni valgono, inoltre, le seguenti ulteriori esclusioni:

- a. Tutte le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - o guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo radioterapia;
 - o scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo;
 - o atti di pura temerarietà dell'assistito o conseguenti ad atti dolosi o illeciti dello stesso, ivi compresi il suicidio ed il tentato suicidio;
 - o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere;
 - o intossicazioni per abuso di alcolici, di psicofarmaci, per l'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti;
 - o malattie psichiatriche in genere e relative conseguenze;
 - o eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni attraverso la chirurgia plastica con finalità estetiche;
 - o applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
- b. qualora l'assistito non usufruisca o usufruisca solo parzialmente, per sua scelta o per negligenza, di una o più prestazioni la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
- c. la Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente da Blue Assistance/Servizio Fasi salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio di Blue Assistance;
- d. la Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze imprevedibili.

D. Teleconsulto infermieristico

Il Fasi offre ai propri Assistiti un servizio che combina tecnologie digitali e supporto infermieristico specialistico per affiancare i pazienti nel monitoraggio e nella gestione quotidiana dei sintomi della malattia, garantendo

continuità assistenziale e favorendo un maggior controllo sulla sintomatologia e promuovendo l'adozione di un corretto stile di vita.

Destinatari del servizio

Tutti gli assistiti Fasi con le seguenti caratteristiche/diagnosi:

- **Parkinson:** la malattia neurodegenerativa caratterizzata da un disturbo progressivo e cronico, riguardante principalmente il controllo dei movimenti e l'equilibrio.
- **Parkinsonismo:** malattia che presenta sintomi e quadro clinico simili a quelli del morbo di Parkinson, ma non è caratterizzata da un disturbo progressivo e cronico.
- **Demenza:** la disfunzione cronica progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive, con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza e con conseguente necessità di dipendenza dagli altri, limitatamente alle seguenti patologie: Malattia di Alzheimer, Demenza Fronto-Temporale, Demenza a Corpi di Lewy, Paralisi Soprannucleare Progressiva, Degenerazione Cortico-Basale, Malattia di Huntington e Demenza Vascolare.
- **Non autosufficienza ed età >65 anni:** l'impossibilità a svolgere autonomamente almeno tre delle seguenti attività quotidiane per la cura personale (ADL - Activity of Day Living): nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, utilizzare i servizi, spostarsi (es. dal letto alla poltrona).

Descrizione del servizio

Il servizio di **teleconsulto, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00**, combina una piattaforma multicanale e l'esperienza di personale infermieristico specializzato per dare supporto agli assistiti e i propri caregiver nel monitoraggio e nella gestione quotidiana dei sintomi della malattia, garantendo continuità assistenziale e favorendo un maggior controllo sulla sintomatologia e la prevenzione di ulteriori complicanze. Il consulto offerto dal personale infermieristico specializzato si differenzia per tener conto delle specificità degli assistiti cui è rivolto, secondo le seguenti modalità:

PARKINSONCARE - Parkinson e Parkinsonismi

- individuare e gestire i sintomi e le problematiche correlate all'evoluzione della malattia;
- suggerire comportamenti igienici opportuni per migliorare la qualità della vita dell'Assistito;
- raccogliere e aggiornare costantemente i principali dati clinici dell'Assistito, i quali potranno essere consultati sia dall'Assistito che dal neurologo e dal fisioterapista che lo ha in cura, mediante accesso riservato e personalizzato alla piattaforma multicanale;

DEMEDIACARE - Demenze

- supportare l'Assistito o caregiver nell'organizzare le attività di cura della persona e strumentali della vita quotidiana, mitigando i disturbi comportamentali e migliorando la qualità della vita sia dell'Assistito che dei familiari che lo sostengono.
- Vigilare sulla salute somatica dell'Assistito, sui fattori di rischio della fragilità, sulla politerapia e sull'aderenza farmacologica.
- Vigilare sulla resilienza del Caregiver tramite monitoraggio regolare del burden.

Le prestazioni sopradescritte sono erogate mediante il seguente piano strutturato:

- Valutazione multidimensionale geriatrica dell'Assistito e del Caregiver primario;
- Identificazione dei gap clinico-assistenziali;
- Piano di teleassistenza individualizzato (PTI), erogato dal Care Manager e/o dai membri dell'equipe Multidisciplinare.

Ad ogni semestre saranno rivalutate le condizioni clinico-assistenziali per procedere o meno alla revisione del piano.

In presenza di sintomi o quesiti clinici che richiedono un approfondimento medico è fornito anche un servizio di televisita specialistica erogata in due sessioni: prima televisita e televisita di follow up entro 30 giorni.

ATTIVACARE - Non Autosufficienza (per assistiti con età superiore a 65 anni)

- Affiancare l'Assistito nel monitoraggio e gestione infermieristica della sintomatologia, della politerapia e dell'aderenza farmacologica, dei fattori di rischio della fragilità e dello stile di vita (alimentazione, idratazione, sonno e gestione dell'alvo motorio).
- Organizzare la routine e l'assistenza quotidiana con l'obiettivo di valorizzare le abilità residue dell'Assistito, promuovendone l'autonomia e la partecipazione attiva della vita quotidiana.
- Vigilare sulla resilienza del Caregiver.

Le prestazioni sopradescritte sono erogate mediante il seguente piano strutturato:

- Valutazione multidimensionale geriatrica dell'Assicurato e del Caregiver primario;
- Identificazione dei gap clinico-assistenziali;
- Piano di teleassistenza individualizzato, erogato dal Care Manager e/o dai membri dell'equipe Multidisciplinare.

Ad ogni semestre verranno rivalutate le condizioni clinico-assistenziali per procedere o meno alla revisione del piano.

Il servizio di televisita specialistica è fornito in presenza di sintomi o quesiti clinici che richiedono un approfondimento medico. Ogni prestazione erogata include due sessioni: prima televisita e televisita di follow up entro 30 giorni.

Il teleconsulto infermieristico prestato non è sostitutivo, né alternativo, al Servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

Modalità di accesso e attivazione

Per richiedere l'attivazione del servizio contattare il centralino Fasi al numero 06/518911 (opzione 6) dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 18.00.

Il Servizio è erogato da Allianz S.p.A attraverso la Centrale Operativa di CareApt S.r.l.

L'Assistito o suo Caregiver sarà messo in contatto dal centralino Fasi con la compagnia assicurativa a cui dovrà fornire le seguenti informazioni e documentazioni:

- Nome e cognome;
- Codice fiscale;
- Numero telefonico;
- Casella e-mail;
- la documentazione sanitaria (rilasciata da Struttura sanitaria pubblica) che attesti la malattia di Parkinson o di Demenza o di Non autosufficienza.

Verificate le condizioni di operatività della polizza, la Centrale Operativa di CareApt S.r.l. contatterà tempestivamente l'Assistito o il Caregiver.

Per tutti i contatti successivi, l'Assistito o il Caregiver potrà contattare direttamente la Centrale Operativa di CareApt S.r.l. dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

Esclusioni

Il Servizio non prevede:

- Prescrizione di farmaci;
- Prescrizione di visite specialistiche o diagnostiche;
- Richiesta di un secondo parere medico (second opinion);
- Emissione di certificati di malattia o di diagnosi;
- Assistenza amministrativa (ad esempio: informazioni sui tariffari sanitari, organizzazione di appuntamenti medici);
- Assistenza legale;
- Verifica e cura di sintomi acuti che richiedano accesso alla struttura di Pronto soccorso o Guardia medica;
- Verifica e cura di sintomi legati a malattia di Parkinsonismo (ad esempio: paralisi sopra nucleare progressiva, Atrofia multisistemica, Demenza fronto-temporale e altre forme di Parkinsonismo secondari);
- Assistenza infermieristica a domicilio;
- Richiesta di trasferimento di informazioni mediche ad altri soggetti diversi dall'Assistito e Caregiver attraverso strumenti quali telefono/e-mail.

E. Dirigenti in servizio in aspettativa per malattia grave

Tale tutela, di natura contrattuale (art.12 CCNL), prevede, per i dirigenti in servizio in aspettativa per patologie oncologiche, o gravi patologie cronico degenerative inaggravanti o che, comunque, comportino l'impiego di terapie salvavita, il mantenimento dell'iscrizione al Fasi per la durata del periodo di aspettativa fino al massimo di dodici mesi, a carico del Fondo. Tale periodo concorre alla determinazione dell'anzianità di iscrizione al Fasi.

Modalità di accesso e attivazione

Per l'accesso al servizio i dirigenti dovranno chiamare il Contact Center Fasi 06.518911 (opzione 6) per essere messi in contatto con gli Uffici del Fondo.

SEZIONE T. - CURE TERMALI

Premesse specifiche di branca:

Le tariffe esposte sono comprensive delle competenze delle figure che intervengono e/o di tutte le apparecchiature/strumentazioni.

Per usufruire del rimborso per cure termali è necessario inviare la prescrizione medica, attestante la necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia in atto e il numero di sedute. Dai rimborsi sono escluse le spese di soggiorno e/o altre spese accessorie e/o quanto non esplicitamente riportato.

Il rimborso per le cure termali viene riconosciuto solo se le stesse sono state effettuate presso stabilimenti appositamente attrezzati ed autorizzati, siti in località termali.

Le cure con fanghi e la balneoterapia sono ammesse al rimborso previsto per un massimo di 12 giorni l'anno per Assistito.

Le cure idropiniche ed inalatorie sono ammesse al rimborso previsto per un massimo di 10 giorni l'anno e per non più di 3 anni per Assistito.

Nel caso vengano effettuate contemporaneamente cure con fanghi o balneoterapia e cure idropiniche od inalatorie è prevista l'applicazione della sola tariffa più elevata (con l'esclusione della seconda).

Quanto sopra esposto integra quanto descritto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3182	Fango e balneoterapia - al giorno per Assistito	17,00	Rimborsabile Max 12 giorni per anno (1 gennaio – 31 dicembre)	Al giorno. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica riportante la patologia ed il numero di sedute necessarie
3183	Idropiniche e/o inalatorie e/o irrigazioni - al giorno per Assistito	14,00	Rimborsabile Max 10 giorni per anno (1 gennaio – 31 dicembre) per Max 3 anni	Al giorno. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica riportante la patologia ed il numero di sedute necessarie

SEZIONE U. - TICKET

Premesse specifiche di branca:

Il ticket, che deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, è rimborsabile, nei limiti massimi delle singole tariffe, solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Nomenclatore-Tariffario vigente

Nel caso di contemporaneo pagamento del ticket per prestazioni in convenzione con il S.S.R. e di prestazioni private, è indispensabile far indicare dalla Struttura Sanitaria, oltre al tipo di prestazione, la ripartizione degli importi tra ticket e prestazione privata.

In caso di analisi cliniche effettuate in regime convenzionato con S.S.R., il prelievo venoso è compreso nelle prestazioni/analisi stesse e pertanto non è riconosciuto come ulteriore partecipazione.

Il Fasi si riserva la facoltà di applicare le limitazioni quantitative e/o temporali, eventualmente previste per le prestazioni, anche a quelle soggette al pagamento del solo ticket.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
3184	Ticket su prestazioni specialistiche (rimborso totale nei limiti massimi delle singole tariffe) - vedere "Avvertenze"	100%		Limitatamente se riferito a prestazioni riportate nel Nomenclatore-Tariffario	Prescrizione medica con diagnosi certa o presunta e/o quesito diagnostico
3246	Ticket su Procreazione medicalmente assistita (PMA)	100%			Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente
3247	Ticket su vaccini in età pediatrica (fino al compimento del sedicesimo anno)	100%	Rimborsabile fino al compimento del 16° anno	Comprensivo di prestazione medica e medicinale. Prestazione soggetta a limiti	Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente con specifica della tipologia di vaccino

SEZIONE V. - PACCHETTI CHIRURGICI

Premesse specifiche di branca:

La modalità di rimborso a pacchetto, per le prestazioni/procedure di seguito riportate, sostituisce la modalità di rimborso effettuata analiticamente per singolo codice.

La prestazione a “pacchetto” prevede un unico importo di rimborso, indipendentemente se fruito in forma diretta o indiretta, ed è onnicomprensivo di: équipe medica e/o personale di supporto (tecnici/ausiliari ecc.), sala operatoria/sala ambulatoriale/sala operatoria ambulatoriale (in funzione della tipologia di pacchetto), permanenza nella Struttura (ove prevista), strumentazione/apparecchiature necessarie per l’esecuzione delle procedure stesse e di quelle ad alto costo (ove previste), materiali, medicinali, eventuale protesi (per gli interventi che le prevedono), analisi ed accertamenti relativi all’intervento stesso ed eseguiti intra-ricovero, primi trattamenti riabilitativi post-intervento ed intra-ricovero ove previsti (interventi ortopedici).

Qualora l’intervento per il quale sia stata prevista la modalità a pacchetto venga effettuato nel corso di un ricovero/seduta per altro intervento chirurgico è disponibile, all’interno del Nomenclatore-Tariffario in vigore, una ulteriore voce analitica di “intervento concomitante” (relativa alla sola procedura) che prevede un diverso importo. Si ricorda alle Strutture Sanitarie convenzionate che, non è possibile effettuare la richiesta per un “intervento concomitante” in assenza di una procedura chirurgica principale.

Si precisa che nel caso di “pacchetti” fruiti in forma diretta, quanto accettato dalla Struttura Sanitaria all’atto del convenzionamento, rappresenta il massimo fatturabile previsto per quella determinata procedura/intervento chirurgico. Eventuali ulteriori addebiti nei confronti dell’iscritto/Assistito, dovranno comunque essere regolarmente esposti in fattura e potranno essere ascritte a voci espressamente indicate dal Fondo come non rimborsabili, ovvero non potranno in alcun modo riguardare competenze, materiali, medicinali, strumentazione, procedure, etc. dal Fasi esposte come comprese nelle prestazioni stesse.

A maggior chiarimento si specifica che, nell’ambito della descrizione delle prestazioni a pacchetto, eventuali numeri inseriti tra le parentesi, rappresentano la quantità relativa alla voce che li precede ad Es.: Degenza notturna (1) indica 1 notte di degenza.

Pacchetti Anca

I pacchetti Protesi di Anca previsti dal Fasi sono i seguenti:

- Protesi totale di anca:
 - Protesi totale di anca (cod. 10094);
 - Protesi totale di anca - chirurgia robotica RAS (cod. 10109);
- Revisione Protesi totale di anca – rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero:
 - Revisione Protesi totale di anca (cod. 10095);
 - Revisione Protesi totale di anca - chirurgia robotica RAS (cod. 10110);
- Rimozione e riposizionamento Protesi totale di anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero:
 - Rimozione e riposizionamento Protesi totale di anca (cod. 10099);
 - Rimozione e riposizionamento Protesi totale di anca - chirurgia robotica RAS (cod. 10111).
- Protesi parziale di anca:
 - Protesi parziale di anca (cod. 10112);
 - Protesi parziale di anca - chirurgia robotica RAS (cod. 10113).
- Rimozione e riposizionamento Protesi parziale di anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero:
 - Rimozione e riposizionamento Protesi parziale di anca (cod. 10114);
 - Rimozione e riposizionamento Protesi parziale di anca - chirurgia robotica RAS (cod. 10115)

Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci “concomitanti” (codici: 3249,3250, 53301, 59628, 59631) nella Sezione O per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della effettivamente spesa sostenuta.

Per i casi di “rimozione e sostituzione di artroprotesi settica”, siano essi riferibili ad una protesi di anca (totale o parziale) oppure ad una protesi di ginocchio (totale o parziale), viene riconosciuto il codice di “Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale).. [...]” (codice 1323).

Le prestazioni erogate nella fase pre operatoria e post operatoria sono anch'esse rimborsate nella modalità a pacchetto:

- Educazione al post operatorio : il pacchetto ha la finalità di fornire all'assistito che dovrà sottoporsi ad intervento chirurgico di protesi anca, le prime nozioni sui movimenti e posture da adottare nell'immediato post intervento. Tale codice è rimborsabile solo se associato a uno dei pacchetti chirurgici elencati in questa sezione. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo con la particolarità che, il pacchetto di "educazione al post operatorio" per l'intervento controlaterale non può essere richiesto prima di 2 anni.
- Pacchetto esami pre operatori Artroprotesi di Anca (qualsiasi tipologia a pacchetto): il pacchetto include le analisi di laboratorio, gli esami radiologici, gli esami di diagnostica vascolare, gli esami cardiologici e le visite specialistiche. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Poiché le analisi di laboratorio possono essere valide anche nell'eventualità di intervento sul controlaterale a breve distanza, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti al di cui pacchetto esami pre operatori.
- Pacchetto riabilitazione post intervento Artroprotesi di Anca (qualsiasi tipologia a pacchetto): la riabilitazione effettuata successivamente all'intervento chirurgico di protesi di anca (oppure protesi anca (totale o parziale)/revisione di anca (totale o parziale) nel medesimo ricovero o ricovero successivo) è rimborsabile esclusivamente mediante la modalità a "pacchetto", secondo la relativa fascia di età:
 - Età inferiore o uguale a 65 anni compiuti
 - Età superiore a 65 anni compiuti

Tali pacchetti di riabilitazione devono essere fruiti entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico. Il pacchetto riabilitazione è rimborsabile una volta per la parte corpo interessata all'atto chirurgico. Alla richiesta di rimborso di tali pacchetti devono essere allegati:

- la documentazione clinica necessaria per verificare l'effettivo intervento eseguito e la prescrizione dei trattamenti fisiokinesiterapici (cartella clinica e/o lettera di dimissioni ospedaliera);

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere il visione il diario fisioterapico indipendentemente se le prestazioni vengano fruiti in regime ambulatoriale o in corso di ricovero. Non è riconoscibile l'esenzione temporanea al superamento del limite annuo di 80 prestazioni fisioterapiche per gli interventi di protesi di anca (totale o parziale) e/o protesi anca /revisione di protesi anca (totale o parziale) nel medesimo ricovero o in ricovero successivo.

Si precisa altresì che, in caso di intervento di protesi di anca bilaterale (interventi concomitanti), si può accedere al riconoscimento di 2 pacchetti di riabilitazione post intervento essendo questi riconosciuti per singola parte corpo purtuttavia, il termine perentorio di fruibilità rimane quello dei 120 giorni successivi alla data di intervento per entrambe le lateralità.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10092	Educazione al post operatorio (parte corpo)	12,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo, nel caso di intervento per il controlaterale, la prestazione non può essere erogata prima di due anni.	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica dello specialista che specifichi la parte corpo e la data prevista per l'intervento chirurgico.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10093	Pacchetto Esami pre operatori artroprotesi di anca (qualsiasi tipologia a pacchetto). Rimborso comprensivo di: Emocromocitometrico e morfologico, Glicemia, Creatininemia, Elettroliti (3), Bilirubinemia totale, Bilirubinemia diretta, Antitrombina III, Tempo di Protrombina (PT), Tempo di Protrombina parziale (PTT), Tempo di protrombina parziale attivata(aPTT), Fibrinogeno, Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) o Glutammico Piruvica (2), Urine esame chimico e microscopico, Proteinemia totale, Gruppo sanguigno ABO e Fattore RH, Anticorpi anti HCV, Anticorpi anti HIV, Antigene Australia (HBSAG), Rx Torace Tradizionale o Equalizzato e/o Telecuore, E.C.G di Base, RX Bacino, RX Arti e Articolazioni (omero, gomito, avambraccio, femore, ecc), Ecocolordoppler Arti superiori o inferiori (bilaterale), Visita specialistica vascolare, Visita specialistica anestesiologicala	451,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica dello specialista che specifichi la parte corpo e la data prevista per l'intervento chirurgico.
10094	Pacchetto chirurgico (tecnica tradizionale) protesi totale di anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	15.213,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 6 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10095	Pacchetto chirurgico (tecnica tradizionale) revisione protesi totale di anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	18.313,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 6 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10096	pacchetto riabilitazione post intervento artroprotesi di anca (qualsiasi tipologia - qualsiasi tecnica) età <=65 anni. Rimborso comprensivo di: Laserterapia antalgica, Tecarterapia, Esercizi posturali, Rieducazione motoria, Massoterapia, Mobilizzazioni articolari (per complessive 144 prestazioni)	924,80	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Rimborsabile fino a 65 anni compiuti	Terapie da fruire/terminare entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento. Qualora eseguite in regime di ricovero (riabilitativo) il pacchetto sarà riconosciuto se terminato entro il periodo massimo autorizzabile per il ricovero riabilitativo. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME AMBULATORIALE: Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente con specifica del tipo di riabilitazione, dettaglio delle prestazioni e numero sedute. Verbale del progresso intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa, in cui sia rilevabile la diagnosi di ammissione e diagnosi di dimissione. In caso di ricovero riabilitativo, allegare anche il Verbale del progresso intervento.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10097	Pacchetto riabilitazione post intervento artroprotesi di anca (qualsiasi tipologia - qualsiasi tecnica) età >66 anni RIMBORSO COMPRENSIVO DI: Laserterapia antalgica, Tecarterapia, Esercizi posturali, Rieducazione motoria, Massoterapia, Mobilizzazioni articolari (per complessive 170 prestazioni)	1.080,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Rimborsabile a partire dal 66esimo anno	Terapie da fruire/terminare entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento. Qualora eseguite in regime di ricovero (riabilitativo) il pacchetto sarà riconosciuto se terminato entro il periodo massimo autorizzabile per il ricovero riabilitativo. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME AMBULATORIALE: Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente con specifica del tipo di riabilitazione, dettaglio delle prestazioni e numero sedute. Verbale del progresso intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa, in cui sia rilevabile la diagnosi di ammissione e diagnosi di dimissione. In caso di ricovero riabilitativo, allegare anche il Verbale del progresso intervento.
10099	Pacchetto chirurgico (tecnica tradizionale) rimozione e riposizionamento protesi totale di anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	16.163,00	Rimborsabile Max 1 volta per anno per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 6 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10109	Pacchetto chirurgico (chirurgia robotica - ras) protesi totale di anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	16.953,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendensivo. Tecnica Robotica. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10110	Pacchetto chirurgico (chirurgia robotica - ras) revisione protesi totale di anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	20.053,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10111	Pacchetto chirurgico (chirurgia robotica - ras) rimozione e riposizionamento protesi totale di anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	17.903,00	Rimborsabile Max 1 volta per anno per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10112	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) protesi parziale di anca (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	12.377,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10113	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) protesi parziale di anca (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	14.303,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10114	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione e riposizionamento di protesi parziale di anca eseguito in UN TEMPO SUCCESSIVO al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	13.077,50	Rimborsabile Max 1 volta per anno per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10115	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione e riposizionamento di protesi parziale di anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	14.858,50	Rimborsabile Max 1 volta per anno per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita

Pacchetti Ginocchio

I pacchetti Protesi di Ginocchio previsti dal Fasi sono i seguenti:

- Protesi totale di ginocchio:
 - Protesi totale di ginocchio (cod. 10117)
 - Protesi totale di ginocchio - chirurgia robotica RAS (cod. 10118)
- Revisione Protesi totale di ginocchio – rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero:
 - Revisione Protesi totale di ginocchio (cod. 10121)
 - Revisione Protesi totale di ginocchio - chirurgia robotica RAS (cod. 10122)
- Rimozione e riposizionamento Protesi totale di ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero:
 - Rimozione e riposizionamento Protesi totale di ginocchio (cod. 10119);
 - Rimozione e riposizionamento Protesi totale di ginocchio - chirurgia robotica RAS (cod. 10120)
- Protesi parziale di ginocchio:
 - Protesi parziale di ginocchio (cod. 10127)
 - Protesi parziale di ginocchio - chirurgia robotica RAS (cod. 10129)
- Revisione Protesi parziale di ginocchio – rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero:
 - Revisione Protesi parziale di ginocchio (cod. 10138)
 - Revisione Protesi parziale di ginocchio - chirurgia robotica RAS (cod. 10139)
- Rimozione e riposizionamento Protesi parziale di ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero:
 - Rimozione e riposizionamento Protesi parziale di ginocchio (codice 10136)
 - Rimozione e riposizionamento Protesi parziale di ginocchio - chirurgia robotica RAS (codice 10137)

Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci “concomitanti” (codici: 59625 – 59629 – 59627 – 59623 – 59626 – 59624) nella Sezione O per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della spesa sostenuta.

Per i casi di “rimozione e sostituzione di artroprotesi settica”, siano essi riferibili ad una protesi di ginocchio (totale o parziale) oppure ad una protesi di anca (totale o parziale), viene riconosciuto il codice di “Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) .. [...]” (codice 1323).

Le prestazioni erogate nella fase pre operatoria e post-operatoria sono anch'esse rimborsate nella modalità a pacchetto:

- Pacchetto esami pre operatori Artroprotesi di Ginocchio (qualsiasi tipologia a pacchetto) il pacchetto

include le analisi di laboratorio, gli esami radiologici, gli esami di diagnostica vascolare, gli esami cardiologici e le visite specialistiche. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Poiché le analisi di laboratorio possono essere valide anche nell'eventualità di intervento sul controlaterale a breve distanza, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti al di cui pacchetto esami pre operatori.

- Pacchetto riabilitazione post intervento Artroprotesi di Ginocchio (qualsiasi tipologia): la riabilitazione effettuata successivamente all'intervento chirurgico di protesi totale o parziale di ginocchio (oppure di revisione qualsiasi tipologia) è rimborsabile esclusivamente mediante la modalità a "pacchetto", secondo la relativa fascia di età:
 - Età inferiore o uguale a 65 anni compiuti
 - dal 66esimo anno in poi

Tali pacchetti di riabilitazione devono essere fruiti entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico. Il pacchetto riabilitazione è rimborsabile una volta per la parte corpo interessata all'atto chirurgico. Alla richiesta di rimborso di tali pacchetti devono essere allegati:

- la documentazione clinica necessaria per verificare l'effettivo intervento eseguito e la prescrizione dei trattamenti fisiokinesiterapici (cartella clinica e/o lettera di dimissioni ospedaliera);

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere in visione il diario fisioterapico indipendentemente se le prestazioni vengano fruiti in regime ambulatoriale o in corso di ricovero. Non è riconoscibile l'esenzione temporanea al superamento del limite annuo di 80 prestazioni fisioterapiche per gli interventi di protesi totale o parziale di ginocchio e/o di revisione di protesi totale o parziale di ginocchio (indipendentemente dalla tipologia).

Si precisa altresì che, in caso di intervento di protesi di ginocchio bilaterale (interventi concomitanti), si può accedere al riconoscimento di 2 pacchetti di riabilitazione post intervento essendo questi riconosciuti per singola parte corpo purtuttavia, il termine perentorio di fruibilità rimane quello dei 120 giorni successivi alla data di intervento per entrambe le lateralità.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10117	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) protesi totale ginocchio (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	13.008,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10118	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) protesi totale ginocchio (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	14.933,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10119	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione e riposizionamento di protesi totale ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	14.508,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10120	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione e riposizionamento di protesi totale ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	16.433,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10121	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione e riposizionamento di protesi totale ginocchio eseguito nello stesso ricovero in cui e' stato eseguito il primo intervento (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	15.508,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10122	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione e riposizionamento di protesi totale ginocchio eseguito nello stesso ricovero in cui e' stato eseguito il primo intervento (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	17.433,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprensivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10123	Pacchetto Esami PRE OPERATORI ARTROPROTESI GINOCCHIO (qualsiasi tipologia). Rimborso comprensivo di: Anticorpi Anti HCV, Anticorpi Anti HIV, Antigene Australia (HBSAG), Azotemia, Bilirubinemia Diretta, Bilirubinemia Totale, Creatininemia, Elettroliti (5), Emocromocitometrico e Morfologico, Fibrinogeno, Gamma Glutamyl Transpeptidasi (Gamma GT), Glicemia, Gruppo Sanguigno ABO e Fattore RH, Proteinemia Totale, Proteina C Reattiva, Tempo di Protrombina (PT), Tempo di Protrombina Parziale (PTT), Tempo di Tromboplastina Attivata (APTT), Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) o Gluttammico Piruvica (GPT) (2), Urine esame chimico e microscopico completo, Rx Arti ed Articolazioni (omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca), E.C.G di Base, RX Torace Tradizionale o Equalizzato e/ o Telecuore, Ecocolordoppler Arti superiori o inferiori (bilaterale), Visita specialistica vascolare, Visita specialistica anestesiologicala	435,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo.	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica dello specialista che specifichi la parte corpo e la data prevista per l'intervento chirurgico.
10125	Pacchetto riabilitazione post intervento artroprotesi ginocchio (qualsiasi tipologia - qualsiasi tecnica) età minore o uguale 65 anni. Rimborso comprensivo di: Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Rieducazione posturale - gnatologica - logopedica - sensoriale (a seduta); Rieducazione motoria, propriocettiva; Massoterapia; Terapia manuale distrettuale (mobilizzazioni articolari e/o vertebrali - terapisti) (per complessive 144 prestazioni)	924,80	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Rimborsabile fino a 65 anni compiuti	Terapie da fruire/terminare entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento. Qualora eseguite in regime di ricovero (riabilitativo) il pacchetto sarà riconosciuto se terminato entro il periodo massimo autorizzabile per il ricovero riabilitativo. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME AMBULATORIALE: Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente con specifica del tipo di riabilitazione, dettaglio delle prestazioni e numero sedute. Verbale del progresso intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa, in cui sia rilevabile la diagnosi di ammissione e diagnosi di dimissione. In caso di ricovero riabilitativo, allegare anche il Verbale del progresso intervento.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10126	Pacchetto riabilitazione post intervento artroprotesi ginocchio (qualsiasi tipologia - qualsiasi tecnica) età maggiore 66 anni. Rimborso comprensivo di: Terapie ad energia sonora, vibratoria, termica, elettromagnetica e luminosa; Rieducazione posturale - gnatologica - logopedica - sensoriale (a seduta); Rieducazione motoria, propriocettiva; Massoterapia; Terapia manuale distrettuale (mobilizzazioni articolari e/o vertebrali - terapeuta (per complessive 170 prestazioni)	1.080,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Rimborsabile a partire dal 66esimo anno	Terapie da fruire/terminare entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento. Qualora eseguite in regime di ricovero (riabilitativo) il pacchetto sarà riconosciuto se terminato entro il periodo massimo autorizzabile per il ricovero riabilitativo. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Prestazione soggetta a limiti.	IN REGIME AMBULATORIALE: Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente con specifica del tipo di riabilitazione, dettaglio delle prestazioni e numero sedute. Verbale del pregresso intervento. IN REGIME DI RICOVERO: cartella clinica completa, in cui sia rilevabile la diagnosi di ammissione e diagnosi di dimissione. In caso di ricovero riabilitativo, allegare anche il Verbale del pregresso intervento.
10127	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) protesi parziale ginocchio (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	10.012,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10129	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) protesi parziale ginocchio (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	11.937,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10136	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione e riposizionamento di protesi parziale ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	11.778,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10137	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione e riposizionamento di protesi parziale ginocchio eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	13.703,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita
10138	Pacchetto Chirurgico (Tecnica Tradizionale) revisione e riposizionamento di protesi parziale ginocchio eseguito nello stesso ricovero in cui e' stato eseguito il primo intervento (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (4), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (6)	12.778,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 4 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendivo. Tecnica tradizionale. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
10139	Pacchetto Chirurgico (Chirurgia Robotica - RAS) revisione e riposizionamento di protesi parziale ginocchio eseguito nello stesso ricovero in cui e' stato eseguito il primo intervento (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: Equipe Medica, Sala Operatoria, Visita Specialistica (2), Degenza (3), Materiali, Medicinali, Protesi Articolare, Accertamenti Diagnostici e Fisioterapia in degenza (4)	14.703,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo. Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 3 quantità (salvo estensioni)	Pacchetto omnicomprendivo. Tecnica Robotica. Comprensiva dell'uso del robot. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria da cui sia rilevabile l'utilizzo della chirurgia robotica assistita

Pacchetti Ernia

Premesse specifiche di branca:

I pacchetti chirurgici per procedure di “Ernia inguinale”, eseguiti con qualsiasi tecnica, ovvero indipendentemente dalla tecnica/apparecchiatura/strumentazione utilizzata/i, sono i seguenti:

- Ernia Inguinale Semplice (codice 57010)
- Ernia Inguinale Strozzata (codice 57011)
- Ernia Inguinale Recidiva – compresa rimozione rete (codice 57013)

Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci “concomitanti” (codici 59253 – 59254 – 59255) nella Sezione O per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100% della tariffa indicata per il codice stesso sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Le prestazioni erogate nella fase pre-operatoria sono anch’esse riconosciute nella modalità a pacchetto:

- Pacchetto esami pre operatori Ernia Inguinale (qualsiasi tipologia): il pacchetto include analisi di laboratorio, esami radiologici, visita specialistica ed esami cardiologici il cui dettaglio è specificato all’interno del codice stesso. Il pacchetto è rimborsabile una sola volta. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti al di cui pacchetto esami pre operatori.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10141	Pacchetto Esami PRE OPERATORI ERNIA INGUINALE (qualsiasi tipologia). Rimborso comprensivo di: Visita specialistica anestesio-logica, Anticorpi Anti HCV, Antigene Australia (HBSAG), Azotemia, Bilirubinemia Diretta, Bilirubinemia Totale, Colesterolo HDL o LDL (2), Colinesterasi (CHE), Creatinichinasi (CPK), Creatininemia, Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale), Elettroliti (3), Emocromocitometrico e Morfologico, Fibrinogeno, Fosfatasi Alcalina, Gamma Glutamil Transpeptidasi (Gamma GT), Glicemia, Gruppo Sanguigno AB0 e Fattore RH, Tempo di Protrombina (PT), Tempo di Protrombina Parziale (PTT), Tempo di Tromboplastina Attivata (APTT), Transaminasi Glutammico Ossalacetica (GOT) o Gluttammico Piruvica (GPT) (2), Urine esame chimico e microscopico completo, E.C.G di Base, RX Torace Tradizionale o Equalizzato e/ o Telecuore	205,00	Rimborso mai ripetibile	Applicabile solo nei casi di intervento di ernia inguinale (qualsiasi tipologia) a pacchetto. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica dello specialista che specifichi la tipologia di intervento e la data prevista per l'intervento chirurgico.
57010	Pacchetto Chirurgico ERNIA INGUINALE SEMPLICE (qualsiasi tecnica). Rimborso comprensivo di: Equipe medica, Sala Operatoria, Materiali, Medicinali, Degenza DS	3.288,00		Pacchetto omnicom-prensivo indipendente dalla tecnica/ apparecchiatura/ strumentazione	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
57011	Pacchetto Chirurgico ERNIA INGUINALE STROZZATA (qualsiasi tecnica). Rimborso comprensivo di: Equipe medica, Sala Operatoria, Materiali, Medicinali, Degenza notturna (1)	3.900,50	Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 1 quantità (salvo estensioni).	Pacchetto omnicom-prensivo indipendente dalla tecnica/ apparecchiatura/strumentazione. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria
57013	Pacchetto Chirurgico ERNIA INGUINALE RECIDIVA COMPRESA RIMOZIONE DI RETE (qualsiasi tecnica). Rimborso comprensivo di: Equipe medica, Sala Operatoria, Materiali, Medicinali, Degenza notturna (1)	3.538,00	Il pacchetto erode il massimale della degenza (90 giorni) per 1 quantità (salvo estensioni).	Pacchetto omnicom-prensivo indipendente dalla tecnica/ apparecchiatura/strumentazione. Prestazione soggetta a limiti	Cartella clinica con verbale di sala operatoria

Pacchetti Cataratta

Premesse specifiche di branca:

I pacchetti previsti dal Fasi sono i seguenti:

- Cataratta (progr. 10088).

- Pacchetto pre-operatorio cataratta (progr. 10091): il pacchetto, fruibile sia in “forma diretta” sia in “forma indiretta”, prevede le analisi di laboratorio pre-intervento. Il pacchetto è rimborsabile una sola volta per la medesima parte corpo. Poiché le analisi di laboratorio possono essere valide anche nell’eventualità di intervento sul controlaterale a breve distanza, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l’effettiva ripetizione degli accertamenti stessi. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti al di cui pacchetto esami pre operatori.

Per l’intervento chirurgico di cataratta eseguito contemporaneamente e quindi concomitante, ad altri/e interventi/procedure principali, è a disposizione per il quale la rispettiva voce “concomitante” (codice 3248), la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10091	Pacchetto pre-operatorio cataratta, analisi e accertamenti. rimborso comprensivo di: anti-corpi anti hbcag o hbcagigm o hbeag o hbsag o hcv, antigene australia (hbsag), azotemia, creatininemia, emocromocitometrico o morfologico, fibrinogeno, glicemia, tempo di protrombina (pt), tempo di protrombina parziale (ptt), transaminasi got o gpt, urine, esame chimico e microscopico completo	60,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo	Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente per diagnosi che specifici la patologia, il tipo di intervento, la parte corpo e la data dell'intervento.
10088	Pacchetto cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi del cristallino	2.030,50	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo	Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica. Certificato di conformità della protesi. Verbale della sala operatoria con indicazione della parte corpo.

Pacchetti Chirurgia refrattiva

I pacchetti previsti dal Fasi sono i seguenti:

- Chirurgia refrattiva tecnica PRK - monolaterale
- Chirurgia refrattiva tecnica PRK - bilaterale
- Chirurgia refrattiva Femto – Lasik - monolaterale
- Chirurgia refrattiva Femto – Lasik - bilaterale
- Chirurgia refrattiva Smile - monolaterale
- Chirurgia refrattiva Smile - bilaterale

e sono offerti agli Assistiti con età compresa tra i 25 anni compiuti e fino al compimento dei 45 anni.

I pacchetti pre-operatori correlati agli interventi di chirurgia refrattiva sono i seguenti:

- Pacchetto esami ematochimici pre operatori chirurgia refrattiva (qualsiasi tecnica – regime ambulatoriale): fruibile a partire dai 25 anni compiuti e fino al compimento dei 45 anni; il pacchetto prevede analisi di laboratorio, dettagliati all’interno del codice stesso. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Nel caso di interventi bilaterali, il pacchetto sarà riconosciuto una sola volta. Altresì, poiché gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere eseguiti sul controlaterale a breve distanza di tempo, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l’effettiva ripetizione degli accertamenti stessi. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti al di cui pacchetto esami pre operatori.
- Pacchetti accertamenti specialistici pre operatori chirurgia refrattiva (qualsiasi tecnica – regime ambulatoriale): fruibile a partire dai 25 anni compiuti e fino al compimento dei 45 anni; il pacchetto prevede accertamenti specialistici, dettagliati all’interno del codice stesso. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Nel caso di interventi bilaterali, il pacchetto sarà riconosciuto una sola volta. Altresì, poiché gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere eseguiti sul controlaterale a breve distanza di tempo, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l’effettiva ripetizione degli accertamenti stessi. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti al di cui pacchetto esami pre operatori.

Premesse specifiche di branca:

I pacchetti di accertamenti pre operatori alla chirurgia refrattiva sono strettamente vincolati alla successiva esecuzione di un pacchetto di chirurgia refrattiva (qualsiasi). Non è dunque possibile associare un pacchetto di

accertamenti pre operatori della chirurgia refrattiva con un pacchetto cataratta.

Si precisa che, le diverse tecniche non sono sovrapponibili sulla medesima lateralità ovvero, non sono rimborsabili 2 pacchetti di intervento sul medesimo occhio.

Per gli accertamenti pre-intervento chirurgico è necessario inoltrare, oltre la documentazione di spesa, la prescrizione medica rilasciata dal medico chirurgo specializzato per diagnosi con indicazione della patologia e della propedeuticità ad intervento chirurgico con specifica indicazione della lateralità oggetto della procedura.

Per l'intervento chirurgico, indipendentemente dalla tecnica, è necessario inoltrare, oltre alla documentazione di spesa, copia della cartella clinica/verbale di sala operatoria/verbale dell'intervento in cui sia rilevabile la tecnica utilizzata e la lateralità oggetto della procedura.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione Pacchetti Chirurgici del presente Nomenclatore-Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
57001	Pacchetto chirurgia refrattiva tecnica prk - monolaterale (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, équipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	1.340,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Monolaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensivo di tutte le competenze. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria con evidenza della tecnica utilizzata e indicazione della parte corpo
57002	Pacchetto chirurgia refrattiva tecnica femto - lasik monolaterale (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, équipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	1.540,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Monolaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensivo di tutte le competenze. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria con evidenza della tecnica utilizzata e indicazione della parte corpo
57003	Pacchetto chirurgia refrattiva tecnica smile monolaterale (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, équipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	1.740,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Monolaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensivo di tutte le competenze. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria con evidenza della tecnica utilizzata e indicazione della parte corpo
57005	Pacchetto chirurgia refrattiva tecnica femto - lasik bilaterale (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, équipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	2.640,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Bilaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensivo di tutte le competenze. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria con evidenza della tecnica utilizzata e indicazione della bilateralità
57006	Pacchetto chirurgia refrattiva tecnica smile bilaterale (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, équipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	3.040,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Bilaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensivo di tutte le competenze. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria con evidenza della tecnica utilizzata e indicazione della bilateralità
57009	Pacchetto chirurgia refrattiva tecnica prk - bilaterale (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, équipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	2.240,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Bilaterale. Prestazione eseguibile ambulatorialmente. Omnicomprensivo di tutte le competenze. Prestazione soggetta a limiti.	Cartella clinica con verbale di sala operatoria con evidenza della tecnica utilizzata e indicazione della bilateralità
57007	Pacchetto esami ematochimici pre operatorio chirurgia refrattiva (qualsiasi tecnica - regime ambulatoriale - comprensivo di Anticorpi anti HBcAg o HBcAgIgM o HBeAg o HBsAg o HCV; Antigene Australia (HbsAg); Azotemia; Creatininemia; Emocromocitometrico o morfologico; Fibrinogeno; Glicemia; Tempo di protrombina (PT); Tempo di protrombina parziale (PTT); 2 Transaminasi GOT o GPT; Urine, esame chimico e microscopico completo)	60,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Poichè gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere eseguiti sul controlaterale a breve distanza il Fondo si riserva la facoltà di verificare l'effettiva erogabilità	Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente per diagnosi che specifichi la patologia, il tipo di intervento, la parte corpo e la data dell'intervento.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
57008	Pacchetto accertamenti specialistici pre operatorio chirurgia refrattiva (qualsiasi tecnica - regime ambulatoriale - comprensivo di: visita specialistica; Topografia corneale; pachimetria corneale; conta delle cellule endoteliali; biometria no contact; O.C.T. tomografia a coerenza ottica; E.C.G. di base)	320,00	Rimborsabile Max 1 volta per parte corpo (o 1 volta in caso di intervento bilaterale). A partire dai 25 anni compiuti fino ai 45 anni compiuti.	Poichè gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere eseguiti sul controlaterale a breve distanza il Fondo si riserva la facoltà di verificare l'effettiva erogabilità	Prescrizione medica rilasciata dallo specialista competente per diagnosi che specifichi la patologia, il tipo di intervento, la parte corpo e la data dell'intervento.

Pacchetto Gastroenterologia

Premesse specifiche di branca:

Per le procedure gastroenterologiche (gastroscopia e pancoloscopia) diagnostiche e/o operative, sono stati previsti vari pacchetti che contemplano anche diverse procedure endoscopiche concomitanti.

Anche nella modalità a pacchetto, per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico, ovvero l'atto diagnostico non si somma al medesimo atto operativo.

Le procedure sono da considerare comprensive anche della sedazione/sedazione profonda/anestesia.

Si precisa che, sono valorizzate come procedure diagnostiche, anche quelle che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipo fino a 3 mm di dimensione.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nella Sezione Pacchetti e nelle premesse specifiche di Branca.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10100	Pacchetto esofagogastroduodenoscopia diagnostica (comprensivo di sala ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	386,00		Pacchetto omnicomprensivo. Qualora la procedura venga eseguita come secondaria ad altro intervento (esclusa pancoloscopia) fare riferimento all'intervento concomitante.	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico
10101	Pacchetto pancoloscopia diagnostica con fibre ottiche (comprensivo di sala ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	480,00		Pacchetto omnicomprensivo. Qualora la procedura venga eseguita come secondaria ad altro intervento (esclusa esofagogastroduodenoscopia) fare riferimento all'intervento concomitante.	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico
10102	Pacchetto esofagogastroduodenoscopia e pancoloscopia entrambe diagnostiche (comprensivo di sala ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	660,00		Pacchetto omnicomprensivo	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico
10103	Pacchetto esofagogastroduodenoscopia operativa comprese polipectomie, introduzione di protesi, rimozione corpi estranei, argon laser, ecc (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	940,00		Pacchetto omnicomprensivo. Qualora la procedura venga eseguita come secondaria ad altro intervento (esclusa pancoloscopia) fare riferimento all'intervento concomitante.	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10104	Pacchetto pancolonscopia operativa comprese polipectomie retto-coliche, rimozione corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	1.010,00		Pacchetto omnicomprensivo. Qualora la procedura venga eseguita come secondaria ad altro intervento (esclusa esofagogastroduodenoscopia) fare riferimento all'intervento concomitante.	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico
10105	Pacchetto esofagogastroduodenoscopia e pancolonscopia entrambe operative (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	1.325,00		Pacchetto omnicomprensivo	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico
10106	Pacchetto esofagogastroduodenoscopia operativa e pancolonscopia diagnostica (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	1.210,00		Pacchetto omnicomprensivo	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico
10107	Pacchetto pancolonscopia operativa ed esofagogastroduodenoscopia diagnostica (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, équipe, eventuali esami istologici)	1.190,00		Pacchetto omnicomprensivo	Prescrizione medica (medico di base o specialista competente per diagnosi) con diagnosi e/o quesito diagnostico

SEZIONE Z. - PREVENZIONE

Il Fasi offre ai propri Assistiti un insieme di Pacchetti dedicati alla Prevenzione.

Tali pacchetti sono accessibili esclusivamente in “forma diretta”, presso le Strutture Convenzionate che hanno aderito al Progetto prevenzione (sito internet Fasi).

Per accedere alla prestazione non è necessaria la prescrizione medica e il costo del Pacchetto è interamente a carico del Fondo quindi non è prevista alcuna quota a carico degli Assistiti. Il Fasi, altresì, si riserva la facoltà di richiedere in visione il referto degli accertamenti ai di cui pacchetti richiesti al rimborso per il tramite della Struttura Sanitaria Convenzionata.

I pacchetti prevenzione di seguito elencati sono composti da più prestazioni, devono essere eseguiti nella loro interezza (sia nel numero che nella tipologia di prestazioni) e sono fruibili 1 volta l'anno:

- **Prevenzione uomo (dai 45 anni compiuti in poi)** - cancro della prostata (accertamenti previsti: ecografia transrettale, psa, psa free);
- **Prevenzione donna (dai 45 anni compiuti in poi)** - cancro del collo utero e del seno (accertamenti previsti: mammografia bilaterale, pap test);
- **Prevenzione oculistica - uomo/donna (dai 30 anni compiuti in poi)** - maculopatia e glaucoma (accertamenti previsti: oct, pachimetria corneale, campimetria computerizzata, consegna dei referti da parte oculista);
- **Prevenzione cancro della tiroide - uomo/donna (dai 45 anni compiuti in poi)** (accertamenti previsti: ecografia della tiroide, tsh);
- **Prevenzione cardiovascolare - uomo/donna (dai 45 anni compiuti e fino al compimento dei 70 anni)** (accertamenti previsti: e.c.g., ecografia grossi vasi (tronchi sovraortici), visita cardiologica);
- **Prevenzione cancro della cervice uterina – donna (dai 14 anni compiuti e fino al compimento dei 44 anni)** (accertamenti previsti: ricerca papilloma virus, tipizzazione hpv (se hpv positivo)); Le prestazioni inerenti la prevenzione dell'hpv, sono considerate a sé stanti ossia, possono essere eseguite singolarmente: la tipizzazione può essere rimborsata solo se l'esame per la ricerca dell'hpv (previsto dal pacchetto e quindi solo a seguito di questo) risultasse positivo. Qualora, successivamente al pacchetto, fosse necessario somministrare il Vaccino per l'immunizzazione contro il papilloma virus, questo sarà rimborsabile in forma indiretta dietro presentazione dello scontrino parlante della farmacia (il codice fiscale sullo scontrino dovrà essere relativo al soggetto che effettua il vaccino stesso).

I pacchetti prevenzione di seguito elencati sono composti da più prestazioni e devono essere eseguiti nella loro totalità (sia nel numero che nella tipologia di prestazioni) e sono fruibili 1 volta ogni 2 anni:

- **Prevenzione tumori della pelle – uomo/donna** (tutte le età) (accertamenti previsti: visita specialistica)

dermatologica, mappatura nevica, epiluminescenza, consegna immagini/foto esame). Non rimborsabile nello stesso anno in cui è stata rimborsata l'epiluminescenza;

- **Prevenzione neoplasie e patologie infiammatorie croniche intestinali – uomo/donna (dai 30 anni compiuti e fino al compimento dei 75 anni)** (accertamenti previsti: Emocromo completo, Proteina C reattiva, Calprotectina fecale, Feci ricerca sangue occulto, Sideremia, VES, Alfa 1-glicoproteina acida, Transglutaminasi tissutale (tTG), Anticorpi anti endomisio, Anticorpi anti Gliadina, CEA, Ca 15.3, Ca 19.9, Ecografia Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo);
- **Prevenzione patologie respiratorie – uomo/donna**
 - *Sindrome apnee notturne (OSAS Adulti) (Età >= 65 anni compiuti)* (accertamenti previsti: visita specialistica pneumologica, visita specialistica otorinolaringoiatrica, poligrafia (polisonnografia senza EEG), colesterolo hdl, colesterolo ldl, colesterolo totale, trigliceridi);
 - *Sindrome apnee notturne (OSAS Età scolare) (Dai 5 anni compiuti fino al compimento dei 14 anni)* (accertamenti previsti: visita specialistica pneumologica, visita specialistica otorinolaringoiatrica, poligrafia (polisonnografia senza EEG)
 - *Asma Bronchiale Infantile (Dai 5 anni compiuti fino al compimento dei 16 anni)* (accertamenti previsti: visita specialistica pneumologica, immunoglobuline e specifiche allergologici (RAST), immunoglobuline IgE totali (PRIST), ossimetria arteriosa, spirometria con test di broncodilatazione farmacologica, prick test per inalanti ed alimenti, emocromocitometrico, Proteina C reattiva, VES);
 - *Broncopneumopatia Cronico ostruttiva (BPCO) (Età >= 55 anni compiuti)* (accertamenti diagnostici: visita specialistica pneumologica, E.C.G. di base, ossimetria arteriosa, spirometria semplice, emocromocitometrico, emogasanalisi di sangue misto venoso, Proteina C reattiva, VES);
 - *Patologie Respiratorie Fumatori/Ex Fumatori) (Dai 55 anni compiuti fino al compimento dei 70 anni)* (accertamenti previsti: visita specialistica pneumologica, E.C.G. di base, ecocardiogramma M Mode 2D doppler e colordoppler, ossimetria arteriosa, spirometria semplice, antigene carcino embrionario (CEA), emocromocitometrico, Proteina C reattiva, VES).

Il Fasi offre anche alcuni pacchetti per la prevenzione odontoiatrica (adulti e bambini) per i quali si rinvia alla lettura del Nomenclatore Tariffario Odontoiatria in vigore.

SEZIONE - RIMBORSO LENTI (IN FORMA INDIRECTA)

Premesse specifiche di branca:

Le lenti a contatto e/o le lenti per occhiali da vista, rimborsabili solo in forma indiretta, devono essere prescritte dal medico specialista in oftalmologia o ottico optometrista regolarmente abilitato e devono essere riferite alla correzione dei disturbi del visus (prime lenti /cambio visus) o di patologie oculari.

La prescrizione non deve essere precedente a 6 (sei) mesi dalla data di acquisto delle lenti e la richiesta di rimborso dovrà essere corredata dalla certificazione di conformità secondo la normativa UE (diversa dalla certificazione tecnica dell'ottico e/o optometrista).

Non è prevista compartecipazione alla spesa per la montatura e per lenti a contatto per fini estetici.

Il rimborso delle lenti per occhiali correttivi e quello delle lenti a contatto (incluse le monouso giornaliere) non sono sovrapponibili nell'arco temporale per il medesimo assistito, indipendentemente dalla motivazione, ovvero il massimale di rimborso previsto è da intendersi come indipendentemente se trattasi di lenti per occhiali oppure lenti a contatto. In caso di acquisto di lenti a contatto si consiglia di cumulare le fatture al fine di richiedere il rimborso in un'unica soluzione.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO	Limiti	Applicabilità	Obblighi
10004	Lenti	160,00	Rimborsabile max 1 volta ogni 2 anni	Rimborso forfettario di lenti a contatto o lenti per occhiali (prime lenti/cambio visus). Esclusa montatura. Prestazione soggetta a limiti.	Prescrizione rilasciata dal medico specialista in oftalmologia o da un ottico optometrista con certificazione del cambio visus e/o delle patologie oculari per il quale è necessario il supporto di lenti correttive. Certificazione di conformità secondo la normativa UE.