



NOMENCLATORE TARIFFARIO
ODONTOIATRIA

2025

Indice

SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE	>>	5
NORME OPERATIVE	>>	6
MODALITÀ DI FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI ORTODONTICHE E ODONTOIATRICHE	>>	15
LIMITI DI ETÀ'	>>	20
ESAMI DIAGNOSTICI PRE E POST CURE	>>	21
CERTIFICAZIONE DEL LABORATORIO ODONTOTECNICO O DELL'ODONTOIATRA DI FIDUCIA	>>	24
ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA (SOLO ONLINE)	>>	26
AVVERTENZE AMMINISTRATIVE/SANITARIE PER LA FORMA DIRETTA (SOLO ONLINE)	>>	29
CENTRALE INFORMATIVA SANITARIA ODONTOIATRICA	>>	31
IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE A RIMBORSO	>>	33
GLOSSARIO GENERALE	>>	34
NOMENCLATORE - TARIFFARIO ODONTOIATRIA FASI 1.1.2025	>>	40
SEZIONE R. - PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE	>	40
Parodontologia	>	40
Chirurgia Orale	>	41
Conservativa	>	43
Endodonzia	>	44
Implantologia	>	45
Protesi	>	46
Protesi fisse	>	47
Protesi rimovibili	>	49
Gnatologia	>	51
Radiologia Odontoiatrica	>	52
Pedodonzia	>	53
Parodontologia	>	53
Chirurgia Orale	>	54
Conservativa	>	55
Endodonzia	>	56
Protesi fissa	>	57
Gnatologia	>	58
Ortodonzia	>	59
Radiologia Pedodontica	>	61
PROGETTO PREVENZIONE IN ODONTOIATRIA	>>	63
Prevenzione del Cancro del Cavo Orale	>	67

Prevenzione Pedodontica	>	67
Prevenzione Odontoiatrica - Detartrasi	>	68
Prevenzione Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia	>	68

SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE

Gentili Iscritti e Spettabili Strutture Sanitarie,

per richiedere i rimborsi è prevista una procedura on-line che offre agli Assistiti la possibilità di trasmettere digitalmente la documentazione di spesa, utilizzando le proprie credenziali di accesso all'Area Riservata.

La trasmissione digitale della documentazione di spesa e/o dei piani di cure, laddove previsti, consente all'Iscritto e alla Struttura Sanitaria di consultare tutta la documentazione di spesa trasmessa online.

Il Fasi mantiene la possibilità agli Iscritti, in via residuale, di inviare le richieste di rimborso di prestazioni servendosi dei tradizionali canali postali (limitatamente per coloro che non avessero l'opportunità di utilizzare la modalità digitale), allegando la fotocopia della documentazione di spesa, il cui originale risulti regolarmente assoggettato all'imposta di bollo.

Per le cure effettuate presso le Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta, il rimborso previsto sarà richiesto al Fondo dalle stesse, sempre presentando la copia della documentazione di spesa regolarmente assoggettata all'imposta di bollo, solo in modalità telematica. Pertanto, gli originali della documentazione di spesa dovranno obbligatoriamente essere consegnati agli Iscritti, da parte delle suddette Strutture Sanitarie.

Si ricorda, altresì, che gli Iscritti saranno gli unici responsabili della corretta conservazione dei propri documenti contabili originali, rispondendone personalmente nel caso di accertamenti da parte degli uffici preposti ai controlli in materia fiscale.

Il Fasi stesso si riserva, quando ritenuto necessario e per le verifiche di competenza:

- o di richiedere agli Iscritti visione della documentazione originale, la cui copia fotostatica sarà stata trasmessa al Fasi stesso per il rimborso (dall'Iscritto o dalla Struttura Sanitaria Convenzionata). La eventuale mancata produzione da parte degli Iscritti degli originali richiesti impedirà l'erogazione dei rimborsi e/o la revisione di quanto già erogato per la medesima richiesta;
- o di richiedere alla Struttura Sanitaria Convenzionata, visione della documentazione amministrativa originale con cui l'Iscritto/assistito autorizza e conferma l'esecuzione delle prestazioni e l'inoltro della richiesta di prestazioni (allegato sulla privacy).

Il Fasi accogliendo le richieste pervenute dagli Iscritti al Fondo, ha migliorato ulteriormente l'offerta delle prestazioni relative alla branca Odontoiatria, prevedendo oltre un l'aumento delle tariffe di rimborso per alcune prestazioni odontoiatriche eseguite con maggior frequenza in forma indiretta, a partire dal 1.1.2025 anche l'inserimento di nuove prestazioni.

Si riepilogano, di seguito, gli adempimenti stabiliti per accedere ai rimborsi previsti per le prestazioni odontoiatriche sia in forma indiretta sia in forma diretta relativi all'anno 2025.

NORME OPERATIVE

VALIDE PER L'ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA

MODELLO UNIFICATO "PIANO DI CURE/RICHIESTA DI RIMBORSO"

Il modello, scaricabile dal sito del Fasi, è utilizzabile per trasmettere al Fondo il "Piano di Cure", ove previsto, oppure, in alternativa, la "Richiesta di Rimborso", limitatamente alle prestazioni odontoiatriche per le quali non è espressamente necessaria la presentazione preventiva al Fondo del suddetto "Piano di Cure" (vedere colonna obblighi nel Nomenclatore – Tariffario riportato nella presente Guida).

UTILIZZO DEL MODELLO UNIFICATO COME "PIANO DI CURE"

Il "Piano di Cure" consente agli Iscritti di conoscere preventivamente quali, tra le prestazioni ivi previste, sulla base delle informazioni in possesso del Fondo al momento dell'esame del "Piano di Cure" stesso, potranno essere ammesse al rimborso, secondo quanto espressamente previsto dal Nomenclatore – Tariffario Fasi in vigore, relativamente alla tipologia delle prestazioni da eseguire e delle eventuali limitazioni temporali e/o quantitative e/o di limiti di età (tutte se rilevabili all'atto dell'esame).

Nel caso fosse necessario sottoporsi a cure odontoiatriche che prevedano anche prestazioni protesiche e/o implantologiche e/o pedodontiche e/o ortodontiche, è indispensabile **inviare preventivamente il "Piano di Cure" utilizzando il modello unificato prelevabile dal sito www.fasi.it (sezione "modulistica" - "Modello unificato Piano di Cure/Richiesta Trimestrale di Rimborso")** e quindi:

- presentare al proprio odontoiatra di fiducia il Nomenclatore - Tariffario Odontoiatria e il modello unificato Piano di Cure che lo stesso dovrà compilare avendo cura di indicare il nominativo della persona soggetta alle cure odontoiatriche (utilizzare un modulo per ciascun componente del nucleo familiare assistito). **Per la compilazione, è necessario che il medico odontoiatra curante trascriva il codice**, da individuare tra quelli presenti nel Nomenclatore – Tariffario in vigore, **corrispondente alla prestazione da eseguire, sotto il numero della sede dentaria** (elemento dentario permanente o deciduo/arcata/emiarcata) **soggetta a cure (contrassegnare con una X la relativa casella nel caso di cure su elementi dentari decidui)**. Laddove il medico non riuscisse ad individuare il codice corrispondente la prestazione/cura, può contattare la Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica al n. 06.518911 opzione 1;
- accertarsi, prima di iniziare le cure, se per tutte o per alcune prestazioni odontoiatriche sono previsti **limiti od obblighi**, rilevabili dal Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore. In particolare, **i limiti** (di natura amministrativa) indicano, ai fini dell'ottenimento del rimborso da parte del Fasi, un arco temporale minimo che deve intercorrere tra 2 richieste di rimborso per la medesima cura/prestazione/codice oppure, una età minima o massima entro la quale una determinata cura/prestazione/codice può essere rimborsata dal Fondo (se ne ricorrono i presupposti). **Gli obblighi**, invece, indicano quali esami diagnostici e/o certificazioni devono essere obbligatoriamente prodotti al Fasi (esempio: radiografie pre/post cure, copie referti esami istologici/radiologici, copie certificazioni laboratorio odontotecnico, foto intraorale, etc.) senza i quali le prestazioni potrebbero non essere riconosciute come rimborsabili dal Fondo;
- ottenuto il "Piano di Cure" dall'odontoiatra, l'Iscritto potrà trasmetterlo **al Fasi in formato digitale**. Tramite le proprie credenziali (numero posizione e password) accedendo alla propria Area Riservata, nella sezione "richiesta prestazioni", sarà possibile eseguire **"invio del Piano di Cure on-line"**. Con una procedura semplificata e guidata, verrà richiesta la compilazione di alcuni campi obbligatori quali nominativo assistito (colui che deve fruire delle prestazioni) e presenza di documentazione prevista dal Nomenclatore – Tariffario (immagini radiografiche o fotografiche) e verrà dunque richiesta l'acquisizione informatica (upload) del "Piano di Cure" precedentemente compilato dal proprio odontoiatra (modulo di colore verde), nella sua totalità (2 pagine).

Nel caso in cui l'Isritto/assistito rilevasse la necessità di assistenza per procedere con l'inoltro telematico, è a disposizione il Servizio di assistenza al sito del Fasi al numero telefonico 06.518911 opzione 3.

SI RICORDA AGLI ISCRITTI, DI NON ASSOCIARE AL MODELLO UNIFICATO (di colore verde) COMPILATO COME RICHIESTA DI "PIANO DI CURE", ALCUNA DOCUMENTAZIONE DI SPESA E/O DOCUMENTAZIONE RELATIVA A PRESTAZIONI SANITARIE DI DIVERSA NATURA E/O DI SOGGETTI DIVERSI DALL'INTESTATARIO DELLE CURE. NEL CASO IN CUI CIÒ AVVENISSE, TALE DOCUMENTAZIONE NON POTRÀ ESSERE PRESA IN ESAME.

La funzione di "Invio Piano di Cure" non deve essere utilizzata per l'inoltro di documentazione integrativa relativa a richieste di rimborso di prestazioni odontoiatriche e/o medicina e chirurgia eventualmente sospese. Tale documentazione, inoltrata per il tramite di un canale errato, non consente l'immediata riconciliazione rallentando sia la lavorazione dei piani di cure sia la definizione delle corrispettive richieste di rimborso.

Qualora, l'Isritto non fosse nella possibilità di procedere all'invio telematico del "Piano di Cure", in via residuale e limitatamente per coloro che non avessero tale opportunità, potrà trasmetterlo, a mezzo posta, con la procedura cartacea, fermo restando l'inoltro della documentazione di spesa in copia fotostatica (il cui originale risulti regolarmente assoggettato ad imposta di bollo e comunque nei soli casi previsti) e di quella obbligatoria (radiografica o fotografica) sempre in copia fotostatica o stampa su carta semplice purché leggibile e completa di dati (nome, cognome, data di esecuzione, reperi e/o sede di riferimento).

In quest'ultimo caso, il "Piano di Cure" dovrà essere inviato a:

**FASI SERVIZIO ODONTOIATRIA
Via Vicenza, 23 - 00185 Roma**

esclusivamente **PER POSTA PRIORITARIA e non a mezzo raccomandata.**

Si ricorda che indipendentemente dalla modalità scelta per l'inoltro al Fasi del "Piano di Cure", non è necessario attendere l'esito della verifica dello stesso per iniziare i trattamenti di cui si necessita; la verifica da parte del Fondo è, infatti, di natura prettamente amministrativa e non vuole, in alcun modo, entrare nel merito della scelta terapeutica seguita dal proprio medico odontoiatra di fiducia (regolarmente abilitato e riconosciuto dalle Autorità competenti) e/o della Struttura Sanitaria per l'esecuzione delle prestazioni/cure.

Si rammenta altresì che, gli Isritti/assistiti secondo un principio di autodeterminazione possono fruire delle prestazioni rientranti nell'area di intervento del Fondo nella forma indiretta (struttura non convenzionata) oppure nella forma diretta, cioè presso una Struttura Sanitaria che ha aderito al network riconosciuto dal Fasi.

Esito della Verifica del "Piano di Cure"

Al ricevimento del "Piano di Cure" trasmesso dall'Isritto in formato digitale attraverso l'utilizzo delle procedure online, l'Isritto stesso riceverà per via telematica un avviso di avvenuta ricezione.

Il Fasi effettuerà le opportune verifiche di compatibilità tra i codici indicati nel modulo "Piano di Cure", mediante i consulenti medici odontoiatri, **inviando, entro 7 giorni lavorativi dall'arrivo al Fondo del suddetto Piano** e per ogni "Piano di Cure" trasmesso, l'esito della verifica amministrativa identificato da un numero di riconoscimento univoco. In particolare, l'Isritto riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, l'avviso della "disponibilità dell'esito consultabile nella propria Area Riservata".

Nel caso in cui fossero rilevate delle incompatibilità medico-amministrative tra i codici prestazione, con particolare riguardo alle "specifiche di branca e sottobranca", "prestazioni non rimborsabili", ai "limiti temporali/di età" di rimborsabilità ed agli "obblighi", riportati nel Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore, il Fasi ne evidenzierà i motivi all'interno dell'esito stesso se rilevabili all'atto dell'esame.

Qualora si fosse proceduto all'inoltro del "Piano di Cure" in formato cartaceo (residuale), il Fasi, dopo aver effettuato le previste procedure di dematerializzazione e le verifiche amministrative, **invierà l'esito del suddetto "Piano di Cure" entro 12 giorni lavorativi dalle predette procedure.** In tal caso, se l'Isritto/assistito avesse comunicato al Fasi un indirizzo e-mail valido, l'avviso della "disponibilità dell'esito consultabile nella propria Area Riservata" sarà inoltrato tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail indicato. Nel caso in cui, l'Isritto/assistito non avesse ancora comunicato un indirizzo e-mail valido, il Fondo procederà con l'inoltro dell'esito tramite posta ordinaria. La mancata ricezione degli esiti in formato cartaceo, non potrà essere ascritta al Fondo.

La valutazione dei limiti e/o delle compatibilità tra i codici avviene in funzione della contestualità della richiesta di prestazioni, di quelle già liquidate al momento dell'esame del "Piano di Cure" inviato e non può, ovviamente, tener conto delle richieste in via di definizione o di quelle non risultanti al Fondo e/o non visibili dalla documentazione sanitaria.

Per tale motivo, seppure una prestazione abbia ricevuto esito positivo all'atto della verifica del "Piano di Cure", al momento dell'esame della Richiesta Trimestrale di Rimborso potrebbe risultare non liquidabile con la motivazione di "Prestazione Eccedente i Limiti" oppure perché la prestazione riportata nel "Piano di Cure" risulta diversa da quella eseguita od ancora non è compatibile con le prestazioni liquidate o con quelle risultanti dalla documentazione sanitaria. Viceversa, per le medesime motivazioni, potrebbe verificarsi che al momento dell'esame della Richiesta Trimestrale di Rimborso, una prestazione il cui esito era negativo in fase di Piano di Cure, risulti liquidabile a fronte di quanto risultante dalla documentazione post cure (tutta) allegata alla richiesta stessa di rimborso.

SI RICORDA, PER QUANTO SOPRA ESPOSTO E COME ESPLICITAMENTE RIPORTATO ANCHE NELLE PRECEDENTI PUBBLICAZIONI, CHE L'ESITO DELLA "VERIFICA DEL PIANO DI CURE" NON DEVE ESSERE CONSIDERATO QUALE IMPEGNO AL PAGAMENTO DA PARTE DEL FASI NÉ PER LE PRESTAZIONI FRUITE IN FORMA INDIRECTA NÉ PER QUELLE IN FORMA DIRETTA.

L'effettiva rimborsabilità con relativa codifica delle prestazioni presentate al Fondo, infatti, può essere confermata solo dopo l'esame della documentazione inoltrata con la richiesta di rimborso nella sua interezza (documenti di spesa in copia, richiesta trimestrale debitamente compilata, copie di eventuali certificazioni, copie di radiografie e/o fotografie etc.).

Esito verifica anagrafico/contributiva

L'esito della Verifica del "Piano di Cure" comprende anche eventuali segnalazioni, presenti nell'ultima pagina, in merito a problemi di natura anagrafica e/o contributiva Fasi (proroghe familiari non pervenute, irregolarità contributiva, etc.), al fine di permettere all'Iscritto di provvedere tempestivamente alla loro risoluzione. In tutti i casi, il sistema di inoltro telematico del "Piano di Cure", evidenzierà eventuali problematiche anche all'atto della compilazione dei campi della suddetta sezione, senza però inibirne la trasmissione. Si ricorda che sarà ammessa al rimborso solo la documentazione di spesa presentata secondo modalità (riportate nella presente Guida) e termini previsti dal Regolamento, emessa nel periodo di effettiva assistibilità dell'Iscritto principale al Fondo e, nel caso di familiari, anche nel periodo di effettiva assistibilità del familiare stesso.

Si invitano, pertanto, gli Iscritti a prendere visione di tutta la documentazione allegata all'esito del "Piano di Cure" nonché di verificare lo stato di assistibilità accedendo alla propria Area Riservata utilizzando le apposite credenziali (proprio codice di iscrizione e password personale).

Nel caso fossero necessari ulteriori chiarimenti di natura anagrafico/contributiva, è a disposizione il Contact Center al numero 06.518911 opzione 2.

Invio all'Iscritto del Modulo Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria, unicamente nei casi di presentazione del Modello Unificato come "PIANO DI CURE".

Contestualmente all'esito della verifica del "Piano di Cure", il Fasi provvederà a trasmettere all'Iscritto il "Modulo Richiesta di Rimborso Odontoiatria" (graficamente diverso dal Modello Unificato), pre compilato dal Fasi stesso, nel quale sono riportate, oltre agli estremi anagrafici dell'Iscritto e/o del familiare interessato alle cure, anche tutte le prestazioni indicate nel "Piano di Cure" precedentemente inoltrato, indipendentemente dall'esito della verifica preventiva.

Nel caso in cui sia stato necessario procedere con l'inoltro del Piano in modalità cartacea, al relativo esito saranno allegati gli eventuali accertamenti radiografici e/o fotografici, solo **ed esclusivamente** se precedentemente trasmessi in originale.

Il Fondo, avendo fornito indicazioni precise sulla modalità di inoltro della documentazione sanitaria, non può essere ritenuto responsabile dell'eventuale smarrimento dei predetti documenti inviati in originale.

Modifica del "Piano di Cure"

Nel caso in cui l'odontoiatra curante disponesse eventuali modifiche di un "Piano di Cure" già trasmesso al Fasi, l'Iscritto dovrà necessariamente inoltrare un nuovo modello di "Piano di Cure" in cui dovranno essere riportate tutte le prestazioni che si intendono eseguire o in corso di esecuzione ma di cui, comunque, non si è ancora

inoltrata la relativa richiesta di rimborso.

Nel caso di integrazione di prestazioni, non vincolate ad obblighi o con obblighi già presentati, l'Isritto ha la facoltà di "aggiungerle" come prestazioni "FUORI PIANO DI CURE" nella apposita sezione della "Richiesta Trimestrale di Rimborso", ricevuta con l'esito del "Piano di Cure", avendo cura di specificare il codice delle prestazioni, indicando gli elementi dentari/arcate/emiarcate soggetti alle cure e l'importo da imputare ad ognuna delle prestazioni. In quest'ultimo caso la verifica di compatibilità delle prestazioni inserite "Fuori Piano di Cure" sarà effettuata solo all'atto dell'esame della richiesta di rimborso delle prestazioni, valutandole contestualmente a quelle inserite nella richiesta stessa. Per tale motivo, l'esito finale potrebbe essere diverso da quello precedentemente comunicato e/o comunque atteso. Il Fasi, effettuate le necessarie verifiche amministrative e di compatibilità delle prestazioni indicate rispetto al Nomenclatore – Tariffario in vigore, trasmetterà all'Isritto l'esito del nuovo "Piano di Cure" al quale sarà attribuito un diverso numero di riconoscimento, nonché un Nuovo "Modello di Richiesta di Rimborso Odontoiatria" secondo quanto riportato nel paragrafo "Esito della Verifica del Piano di Cure".

Monitoraggio online dello stato di lavorazione del "Piano di Cure"

Si segnala che, attraverso le proprie credenziali, è possibile accedere tramite il sito del Fasi (www.fasi.it) all'Area Riservata personale, dove si potrà seguire lo stato di lavorazione del "Piano di Cure" nonché stamparne l'esito con il relativo modello di "Richiesta Trimestrale Prestazioni Odontoiatriche" ad esso associato.

Invio ONLINE delle richieste trimestrali di rimborso delle spese odontoiatriche fruito in forma indiretta

Il modulo di "Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" (ricevuto con l'esito del "Piano di Cure") - al quale l'Isritto **dovrà allegare, tramite upload, la documentazione di spesa, regolarmente assoggettata ad imposta di bollo, preventivamente digitalizzata** nonché tutti gli obblighi previsti dalle cure effettuate - **dovrà essere trasmesso al Fasi per via telematica, nei termini massimi previsti dal Regolamento.**

Si invita, indipendentemente dalla modalità di inoltro della richiesta di rimborso prestazioni, a porre attenzione all'acquisizione del documento di spesa ed in particolare:

- dovrà essere acquisito nella sua totalità;
- dovrà essere chiaramente rilevabile il fruitore delle prestazioni/cure odontoiatriche;
- dovranno essere chiaramente rilevabili il soggetto emittente, partita IVA, numero del documento di spesa e data di emissione del documento stesso ed importo corrisposto;
- eventuali quietanze di pagamento/cedolini POS, non dovranno essere apposti a copertura del testo/dati del documento di spesa.

L'Isritto si impegna altresì ad indicare sulla modulistica se la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi.

In particolare, utilizzando le proprie credenziali (numero di posizione e password) si dovrà accedere nella propria Area Riservata dove, nella sezione "richiesta di prestazioni", sarà possibile eseguire l'invio delle pratiche online.

Seguendo una procedura guidata, verrà richiesto di:

- o indicare la tipologia di richiesta selezionando "odontoiatria";
- o indicare il nominativo dell'assistito (regolarmente inserito nel nucleo familiare registrato presso il Fondo) a cui si riferisce la richiesta di rimborso prestazioni odontoiatriche. Si ricorda che il nominativo deve essere quello corrispondente al soggetto che ha fruito le cure (che a sua volta corrisponderà a quello del documento di spesa o comunque in esso chiaramente riportato);
- o indicare l'anno e il trimestre di riferimento della richiesta di rimborso che si sta inoltrando. Si precisa che l'anno e il trimestre sono da imputarsi in base alla data della fattura di saldo/saldo parziale che si sta presentando secondo il seguente esempio: richiesta di rimborso odontoiatria costituita da n.3 documenti di spesa di cui un primo acconto datato 13 dicembre 2023, un secondo acconto datato 25 giugno 2024 ed un saldo/saldo parziale datato 9 gennaio 2025, l'anno di riferimento è il 2025 e il trimestre di competenza è il 1°. Qualora fossero decorsi i termini di presentazione della documentazione di spesa (Regolamento), il sistema non renderà disponibile l'opzione del trimestre/anno della di cui fattura (l'eventuale indicazione di riferimenti diversi rispetto a quelli effettivi non comporta la successiva accettazione della richiesta da parte del Fondo);
- o indicare in calce al "Modello unificato odontoiatria" l'eventuale iscrizione ad un Fondo Cassa/Fondo Sanitario Integrativo al Fasi e con quest'ultimo accreditato;
- o indicare i dati della documentazione di spesa. Verrà richiesto l'inserimento di questi dati per ogni

- documento di spesa che sarà allegato alla pratica di rimborso (una richiesta per ogni singolo soggetto). Si ricorda di indicare esclusivamente i dati delle fatture odontoiatriche relative all'assistito intestatario della richiesta stessa (colui che ha fruito delle cure);
- eseguire l'acquisizione telematica (upload) del "Modulo di Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" compilato in tutte le sue parti;
 - eseguire l'upload della documentazione di spesa odontoiatrica. Nel caso in cui la richiesta di rimborso odontoiatrica prevedesse più di una fattura, sarà possibile eseguire più volte l'upload. In tal caso, quindi, al fine di evitare disguidi, si suggerisce di effettuare la scansione dei documenti di spesa singolarmente e di effettuare un upload per ogni documento di spesa afferente alla medesima richiesta/pratica. Si ricorda di non acquisire documentazione di spesa non inerente all'assistito intestatario della richiesta o documentazione di spesa relativa ad altre tipologie di prestazioni nonché documentazione diversa da quella di spesa (esempio: dichiarazioni; radiografie; certificati ecc.) onde evitare disguidi in fase di analisi della richiesta;
 - eseguire l'upload della documentazione sanitaria (Rx endorali – Ortopanoramiche – Fotografie intraorali – certificazioni del laboratorio odontotecnico etc.) pertinente alla richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche relative all'assistito intestatario della richiesta st ed esclusivamente nei formati previsti dal sistema. Si ricorda di non acquisire nella presente sezione documentazione diversa da quella sanitaria (esempio: documentazione di spesa; moduli ecc.). A tal proposito si ricorda che, qualora se ne rilevasse la necessità è a disposizione il Servizio di assistenza al sito del Fasi al numero telefonico 06.518911 opzione 3.

Solo per la modalità di richiesta di rimborso online delle prestazioni odontoiatriche sarà permesso l'inoltro anticipato delle stesse, ovvero, senza necessariamente attendere il trimestre successivo a quello di emissione del giustificativo di spesa, fermo restando il termine massimo di presentazione previsto dall'art. M del Regolamento vigente.

A tal proposito si ricorda che il sistema telematico rileverà l'eventuale tentativo di inoltro della richiesta di rimborso oltre i termini stabiliti inibendone l'invio (l'imputazione di un trimestre non corretto rispetto a quello effettivo non costituisce diritto al rimborso).

Invio CARTACEO delle richieste trimestrali di rimborso delle spese odontoiatriche fruito in forma indiretta

Nei casi in cui non fosse possibile procedere con l'invio in modalità online della richiesta trimestrale di rimborso per le spese odontoiatriche, si potrà, anche in questo caso in via residuale, procedere con l'inoltro cartaceo del modulo di "Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria" (ricevuto con l'esito del "Piano di Cure"), al quale l'iscritto dovrà allegare la documentazione di spesa esclusivamente in fotocopia (fotocopia del documento originale in cui risulti inequivocabile l'assoggettamento all'imposta di bollo), nonché tutti gli obblighi previsti per le cure effettuate, sempre in copia e complete di tutti i riferimenti, a:

**FASI SERVIZIO ODONTOIATRIA
Via Vicenza, 23 - 00185 Roma**

mediante **assicurata o raccomandata semplice**, SENZA RICEVUTA DI RITORNO.

La richiesta di rimborso cartacea delle prestazioni odontoiatriche, **diversamente dalla procedura telematica, dovrà essere inoltrata al Fasi, rispettando i termini previsti dall'art. M del Regolamento vigente** (cadenza trimestrale secondo il trimestre di competenza del documento di spesa a saldo/saldo parziale), separatamente dalle richieste di eventuali nuovi "Piani di Cure" o dalla richiesta di rimborso riferita ad altre tipologie di prestazioni (visite specialistiche, interventi chirurgici, analisi di laboratorio, etc.), per le quali deve essere utilizzato un diverso modello.

Anche in questo caso si invita a non inoltrare documentazione sanitaria e/o fiscale di soggetti diversi dall'assistito intestatario della pratica (in conformità con quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati) e/o documentazione di spesa relativa a prestazioni diverse da quelle odontoiatriche. L'errato invio non implicherà la presa in carico della richiesta e non interromperà i termini massimi di presentazione della documentazione stessa.

L'INOLTRO DELLA RICHIESTA TRIMESTRALE, EFFETTUATO CON MODALITÀ DIVERSE DA QUELLE SOPRA ESPOSTE, DETERMINA RITARDI NELLE LIQUIDAZIONI NONCHÉ LA POSSIBILE PERDITA DEL DIRITTO AL RIMBORSO.

UTILIZZO DEL MODELLO UNIFICATO COME “RICHIESTA TRIMESTRALE DI RIMBORSO”

Nel caso in cui non fosse necessaria la presentazione preventiva del “Piano di Cure”, in quanto le prestazioni da eseguire non prevedono tale necessità (verificare a tale proposito la colonna obblighi presente nel Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore riportato nella presente Guida), sarà sufficiente far compilare dal proprio odontoiatra il “Modello Unificato come Richiesta Trimestrale di Rimborso” (di colore verde). Per utilizzare il Modello Unificato come “Richiesta Trimestrale di Rimborso” deve essere indicato, oltre al codice relativo alla prestazione eseguita, anche l’importo fatturato dal proprio medico odontoiatra relativamente alla prestazione stessa e non l’importo di rimborso previsto dal Fondo (in modo che il totale delle tariffe indicate corrisponda al totale indicato nella/e fattura/e allegata/e). Il Modello Unificato, compilato come sopra indicato, accompagnato dalla copia della documentazione di spesa (**fotocopia dell’originale regolarmente assoggettato ad imposta di bollo**), nonché dalla ulteriore documentazione eventualmente prevista ed esposta nel Nomenclatore – Tariffario in vigore, sempre in copia, dovrà essere **inviato in modalità digitalizzata secondo la procedura online**, dove il “Modulo di Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria” dovrà essere sostituito dal “Modello Unificato utilizzato come Richiesta Trimestrale di Rimborso” (barrare l’apposita casella presente nel modulo in alto a sinistra).

Qualora invece si utilizzasse l’invio cartaceo (in via residuale), il Modello Unificato compilato come sopra riportato, completo della documentazione di spesa in copia fotostatica e di quella eventualmente prevista anch’essa in copia, dovrà essere inviato con Raccomandata semplice o assicurata a:

FASI SERVIZIO ODONTOIATRIA
Via Vicenza 23 - 00185 Roma

con le consuete modalità e nei termini trimestrali previsti (art. M del Regolamento), per il relativo rimborso.

Si raccomanda, anche in questo caso, di non associare la richiesta di rimborso odontoiatria ad altre richieste di rimborso per tipologie diverse di prestazioni (visite specialistiche, interventi chirurgici, analisi di laboratorio, etc.) oppure a nuovi eventuali modelli di “Piano di Cure”, oppure documentazione sanitaria e/o fiscale di soggetto diverso rispetto all’intestatario della pratica (in conformità con quanto previsto dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e successive modificazioni).

L’INOLTRO DELLA RICHIESTA TRIMESTRALE, EFFETTUATO CON MODALITÀ DIVERSE DA QUELLE SOPRA ESPOSTE, DETERMINA RITARDI NELLE LIQUIDAZIONI NONCHÉ LA POSSIBILE PERDITA DEL DIRITTO AL RIMBORSO.

NOTA IMPORTANTE

Non è possibile inviare al Fondo, con modalità digitalizzata od in formato cartaceo, un unico giustificativo di spesa per prestazioni odontoiatriche relative a più assistiti dello stesso nucleo familiare. Qualora ciò accadesse si determineranno ritardi nei tempi di verifica e di rimborso, oltre ad eventuali liquidazioni non conformi alle attese.

È quindi necessario trasmettere una fattura/ricevuta separata e diversa per ogni assistito che abbia fruito di cure odontoiatriche, da allegare alla rispettiva richiesta di rimborso (una richiesta di prestazioni per ogni assistito) sulla quale dovranno essere riportate le sole prestazioni eseguite dall’assistito stesso.

CURE ODONTOIATRICHE ESEGUITE ALL'ESTERO

Le modalità per l'inoltro telematico della documentazione, semplificano l'iter anche per le prestazioni eseguite all'estero, pur rimanendo invariata la necessità di presentare un "Piano di Cure", laddove previsto. Anche in questo caso non dovrà essere associato alcun documento di spesa al "Piano di Cure" digitalizzato.

Nel caso in cui non fosse possibile far compilare l'apposito "Modello Unificato", per problemi legati alla lingua del paese estero o di interpretazione del Nomenclatore, potrà essere trasmessa online una relazione redatta dall'odontoiatra, accompagnata da una traduzione in italiano o in inglese e dal modello stesso, nella quale siano specificate in modo dettagliato le prestazioni da eseguire, con l'indicazione degli elementi dentari/arcate/emiarcate soggette a cure (oltre alla eventuale documentazione pre cure). Tale invio potrà essere effettuato secondo le modalità previste per l'inoltro del "Piano di Cure" digitalizzato (vedere paragrafo "Utilizzo del modello unificato come Piano di Cure").

Sarà il Fasi, nel caso suindicato, a predisporre d'ufficio il "Piano di Cure" inviandone l'esito (vedere paragrafo "Esito della Verifica del Piano di Cure"), identificato da un numero di riconoscimento univoco, con il relativo "Modulo Richiesta Trimestrale Prestazioni Odontoiatriche" (prelevabile dall'Area Riservata personale presente sul sito internet del Fasi, accessibile tramite password e codice Iscritto), che dovrà successivamente essere compilato ed inviato **online** unitamente ai giustificativi di spesa, oltre alla documentazione post cure prevista.

Nel caso in cui le prestazioni fossero eseguite e fatturate in Paesi al di fuori dell'Unione Europea, si ricorda che non è necessario allegare la certificazione di conformità prevista dal Nomenclatore – Tariffario per alcune prestazioni, purché sia chiaramente rilevabile il Paese in questione.

Qualora l'Isritto lo ritenesse necessario potrà contattare la **Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica (n. 06.518911 opzione 1)**, i cui operatori sono a disposizione, con l'ausilio dei consulenti medici odontoiatri, come supporto in lingua italiana nella codifica delle prestazioni da inserire nel "Piano di Cure", oppure nella richiesta di rimborso.

Si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria e/o gli operatori degli altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di privacy e delle ultime modifiche/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrativa riferibili all'Isritto/ assistito, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti. Il Fondo, per il tramite degli operatori autorizzati, si riserva la facoltà di NON rilasciare informazioni/indicazioni telefoniche a soggetti diversi dal titolare della posizione.

Qualora non si trattasse di prestazioni con obbligo di "Piano di Cure" iniziale, l'assistito deve comunque inviare telematicamente, la relazione sopra indicata con la relativa traduzione e specifica degli elementi soggetti a cure, allegando al contempo anche la fattura ed eventuali certificazioni. Sarà il Fasi ad istruire direttamente la richiesta di rimborso.

Poiché non tutti i Paesi fuori dall'Unione Europea utilizzano lo schema dentario internazionale, è assolutamente necessario che nella relazione del medico odontoiatra, o nella traduzione in italiano, piuttosto che in quella in inglese, compaia chiaramente il Paese in cui si effettuano le cure, al fine di poter imputare correttamente le prestazioni (nell'interesse dell'iscritto/assistito essendo le prestazioni odontoiatriche soggette anche a limiti temporali di rimborsabilità).

Poiché le modalità di fatturazione delle prestazioni odontoiatriche possono variare da Paese a Paese, **il Fasi si riserva di richiedere**, oltre al giustificativo di spesa **anche la copia della quietanza di pagamento (anch'essi digitalizzati)**; in questo caso, il trimestre di competenza sarà determinato dalla data della quietanza stessa.

Si ricorda infine che, anche per le cure odontoiatriche eseguite all'estero, rimangono validi gli obblighi e i limiti (tutti) di rimborsabilità delle prestazioni e le regole relative all'inoltro della documentazione di spesa per

accedere al rimborso delle prestazioni odontoiatriche, nei limiti economici massimi indicati nel Nomenclatore – Tariffario in vigore.

CURE ODONTOIATRICHE ESEGUITE IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO (ITER OPERATIVO)

Per le prestazioni odontoiatriche eseguite in regime di ricovero notturno o Day Hospital, non è possibile seguire l'iter descritto nella presente Guida. Si precisa che, nell'ambito della Guida stessa, non sono previsti i rimborsi per l'addebito della degenza notturna o diurna, dell'uso della sala operatoria o per la sala chirurgica ambulatoriale.

Pertanto, qualora l'iscritto debba sottoporsi a cure odontoiatriche con anestesia generale (diversa dalla sedazione profonda) che prevedano un ricovero, si deve fare riferimento al Tariffario per le prestazioni di medicina e chirurgia edizione 1.4.2025 (limitatamente agli addebiti per la degenza notturna/diurna, uso sale).

In tal caso, non dovrà essere inoltrato un "Piano di Cure" preventivo né istruita una richiesta di rimborso odontoiatrica, ma i giustificativi di spesa in copia, emessi dalla Struttura Sanitaria in possesso della autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti, dovranno essere inviati insieme alle altre spese mediche non odontoiatriche, allegando la documentazione pre e post cure, nonché eventuale certificazione indicata nella presente Guida verde e una copia della cartella clinica dalla quale si potranno rilevare tutte le prestazioni odontoiatriche eseguite ed il quadro sistemico critico per la salute dell'assistito che ha reso necessario il predetto ricovero. Si pone particolare attenzione a quest'ultimo punto poiché, il ricovero per le prestazioni odontoiatriche può essere riconosciuto dal Fondo unicamente in evidenza di un quadro sistemico critico per la salute dell'assistito. Qualora non ricorra tale presupposto e/o non ve ne sia evidenza dalla documentazione allegata, non potranno essere riconosciute compartecipazioni alla spesa per voci diverse da quelle previste dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatria in vigore.

Il rimborso delle prestazioni odontoiatriche avverrà comunque nei limiti economici e temporali previsti dal Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria edizione 1.4.2025 mentre, per le altre voci non previste da quest'ultimo, si farà riferimento (qualora presenti e riconosciute come rimborsabili) al Nomenclatore – Tariffario relativo alle prestazioni di medicina e chirurgia edizione 1.4.2025 (se da quest'ultimo previste).

L'anestesia generale (indipendentemente dalla fascia di età - omnicomprensiva dell'assistenza anestesiológica e dei farmaci/medicinali) è rimborsabile esclusivamente nei casi sopra esposti ed esclusivamente se rilevabile dalla cartella clinica, secondo le tariffe indicate nel Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria edizione 1.4.2025. Si precisa che la sedazione profonda e la sedazione cosciente non sono assimilabili alla anestesia generale e sono riconosciute limitatamente alla Sedazione con protossido secondo limiti quantitativi e di età specificate nel Nomenclatore – Tariffario in vigore. Per tutti gli altri casi le spese relative all'anestesia (competenza del professionista ed eventuali medicinali) sono comprese nelle tariffe di rimborso delle prestazioni odontoiatriche stesse.

Si ricorda che, per le prestazioni relative alla Chirurgia Maxillo-Facciale, potrà essere riconosciuto il rimborso solo se eseguite in corso di ricovero presso Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate dalle autorità competenti ed esclusivamente se eseguite da un medico chirurgo con regolare specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale, mentre le prestazioni odontoiatriche saranno rimborsabili, indipendentemente se fruite in corso di ricovero (se ne ricorrono i presupposti) oppure in forma ambulatoriale (studio/ambulatorio/poltrona odontoiatrica) esclusivamente se eseguite da un medico odontoiatra laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria oppure da un medico chirurgo laureato in medicina e chirurgia prima di gennaio 1980, quelli rientranti nel D.Lgs. 386/1998 e quelli che risultano aver conseguito la specializzazione in uno dei campi odontoiatrici riconosciuti nel D.M. del 18 settembre 2000; **in tutti i casi, il titolo e la relativa specializzazione deve regolarmente essere registrata presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.**

Inoltre, si fa presente che per alcuni atti chirurgici, seppur eseguiti da medico-chirurgo specializzato in Chirurgia Oro-Maxillo-Facciale, la valutazione del rimborso, in particolar modo se eseguiti in regime ambulatoriale (studio/ambulatorio/poltrona odontoiatrica), avverrà con riferimento ai codici previsti dal Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore.

SUGGERIMENTI – AVVERTENZE PER LA FORMA INDIRECTA

Quanto di seguito descritto è da tenere presente in particolare per la procedura di inoltro cartacea (da utilizzare

in via residuale).

Si consiglia di:

- effettuare sempre una fotocopia del “Piano di Cure” compilato, prima di inviarlo al Fasi;
- **verificare attentamente tutti i dati riportati sul “Piano di Cure” onde evitare disguidi nella successiva fase di presentazione della richiesta di rimborso;**
- verificare, al ricevimento dell’esito del “Piano di Cure”, la completezza dei dati riportati;
- in caso di invio cartaceo, fare una copia delle richieste di rimborso (totali o parziali), delle fatture ad esse associate da inoltrare al Fondo (i cui originali dovranno essere conservati dall’Iscritto) e della documentazione inviata, poiché il Fasi non effettua in nessun caso servizio copie. **L’eventuale documentazione di spesa, erroneamente inviata al Fasi in originale, non verrà restituita;**
- compilare la richiesta di rimborso esclusivamente per le prestazioni fruito e fatturate eliminando tutte quelle per le quali non si deve, ancora, chiedere il rimborso (richieste parziali di rimborso) o per le quali si è già ottenuta la liquidazione;
- conservare sempre nel caso di invio cartaceo, il cedolino della raccomandata con cui si è inoltrata la richiesta di rimborso fino alla avvenuta liquidazione. Si ribadisce che non possono essere inviate richieste di rimborso per prestazioni odontoiatriche insieme a quelle per prestazioni di medicina e chirurgia. Qualora ciò accadesse, la ricevuta originale della raccomandata (semplice o assicurata) non potrà essere inequivocabilmente imputabile ad una delle due tipologie di richieste di rimborso.

Ulteriori avvertenze:

- **Nei casi in cui, in via residuale, dovesse essere riscontrata la non idoneità dei mezzi di accertamento (foto intraorale, ortopanoramica, pre e post cure, foto del morso/morso inverso, etc.) atti a fornire gli elementi di valutazione strettamente indispensabili al Fasi, per accertare l’effettiva esecuzione delle cure (sia fruito in forma indiretta sia in forma diretta), il Fondo si riserva la facoltà di sottoporre l’assistito ad una visita medica di controllo indipendentemente se le prestazioni siano state fruito in forma diretta o indiretta.**

Tale visita verrà effettuata da un medico incaricato dal Fasi, presso una delle strutture da quest’ultimo indicata e rientrante nel network da questo riconosciuto, al fine di fugare eventuali dubbi rilevati durante l’esame della richiesta di rimborso. In tale contesto, l’iscritto dovrà presentare tutta la documentazione radiografica/fotografica in suo possesso (e/o della Struttura) con particolare riguardo a quella pre cure relativa alle prestazioni oggetto della verifica. Nel caso in cui si rendesse necessario, il predetto medico incaricato potrà anche prescrivere l’esecuzione di eventuali accertamenti diagnostici. Le eventuali spese di trasferimento verso la predetta struttura (e ritorno), sono da considerarsi a carico dell’assistito così come eventuali eccedenze derivanti dagli ulteriori accertamenti diagnostici (o importi eventualmente eccedenti i limiti).

SI INVITANO GLI ISCRITTI/ASSISTITI, QUALORA NON LO AVESSERO ANCORA FATTO, A COMUNICARE UN INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA ED UN NUMERO DI CELLULARE VALIDI OVE POTER RICEVERE COMUNICAZIONI DA PARTE DEL FONDO. L’AGGIORNAMENTO COSTANTE DI TALI INFORMAZIONI PERMETTERÀ AL FASI DI FORNIRE UN SERVIZIO PIÙ TEMPESTIVO E PUNTUALE.

MODALITÀ DI FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI ORTODONTICHE E ODONTOIATRICHE

Il Fasi non rimborsa: l'imposta di bollo; l'imposta sul valore aggiunto per prestazioni odontoiatriche e quanto correlato a queste; la visita odontoiatrica/odontostomatologica (viene riconosciuta esclusivamente la Prima Visita Pedodontica secondo i limiti esposti nel Nomenclatore – Tariffario in vigore); l'ablazione tartaro (oltre quanto specificatamente previsto in pedodonzia e/o nell'ambito della prevenzione e limitatamente a tutte queste); lo sbiancamento dentale; l'applicazione di fluoro (oltre quanto previsto in pedodonzia e nei limiti di quanto previsto); le sigillature di elementi dentari (al di fuori del pacchetto "Prevenzione Bambini-Prevenzione carie") non assimilabile alle otturazioni dentali (qualsiasi classe di Black); la contenzione ortodontica oltre quanto specificatamente previsto (non assimilabile né al codice dello splinting interdentale, né ai codici relativi al bite/placche diagnostiche qualsiasi metodica, né alla Prevenzione Passiva dei disturbi della deglutizione); il trattamento di desensibilizzazione; il trattamento laser per le tasche parodontali (non assimilabile alla piccola chirurgia codice 2645 - 30321); la mesostruttura (definitiva) di ricostruzione su impianti al di fuori di quanto esplicitamente regolamentato all'interno del Nomenclatore – Tariffario edizione 1.4.2025 (non assimilabile né al perno moncone, né all'attacco di precisione), ovvero, è rimborsabile dietro presentazione dei relativi obblighi, solo la componentistica protesica definitiva su impianti e solo in associazione (contestualmente sia nel piano di cure sia in fase di rimborso) al relativo impianto (non è dunque rimborsabile la componentistica protesica di ricostruzione nella sede di un impianto preesistente indipendentemente se liquidato dal Fondo); la rimozione di impianti (non assimilabile all'estrazione di dente o radice - qualsiasi tipo, né alla rimozione di corone); fresaggi e controfresaggi; i trattamenti di Apexogenesi; i trattamenti di Apecificazione oltre quanto esplicitamente previsto in pedodonzia (ed entro i limiti da questo previsti); i trattamenti su elementi soprannumerari o diastemi o comunque maggiori spazi (naturali o conseguenti al trattamento ortodontico o conseguenti a migrazioni di elementi) esistenti tra le sedi dentarie indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare. Una eventuale migrazione di elemento/i dentario/i non implica la ridenominazione dello stesso (es. un canino superiore destro elemento 13, rimane tale anche se a seguito di migrazione occupa ad esempio la posizione di un laterale superiore destro elemento 12).

Non sono altresì rimborsabili: qualsiasi tipo di riabilitazione definitiva sia fissa che rimovibile su arcate edentule o parzialmente edentule prima dei 5 anni previsti dal limite temporale, indipendentemente dai motivi clinici o dai sistemi terapeutici o dalla tecnica utilizzata; qualsiasi tipo di barra per la ricostruzione su impianti oltre quanto esplicitamente previsto e nei limiti di quanto previsto (non assimilabile al codice 2626 Protesi Scheletrata); la Protesi Scheletrata e/o le protesi parziali (definitive o provvisorie) su arcate edentule; gli attacchi di precisione su impianti privi di protesi fissa definitiva (rimborsabile solo l'attacco su singola corona protesica completa fissa e definitiva, come meglio specificato nelle premesse di sottobrancha "Protesi"); la sostituzione di parte di componenti protesiche soggette ad usura (sarà rimborsabile solo l'intero componente maschio-femmina sempre nel rispetto dei limiti temporali e degli obblighi); 2 impianti in sostituzione di un unico elemento dentario e/o dello spazio precedentemente occupato da un unico elemento dentario indipendentemente dai motivi che hanno portato a tale scelta terapeutica e/o indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare (è rimborsabile 1 solo impianto osteo-integrato per sede dentaria nominale ed anatomica); gli impianti muco-periostei/sotto-periostei e similari (non assimilabili ad impianti osteointegrati); i mini-impianti ortodontici (non assimilabili ad impianti osteointegrati per riabilitazione protesica); qualsiasi tipologia di trattamento di natura estetica o a questo riconducibile; le corone protesiche parziali e/o le corone protesiche $\frac{3}{4}$ (ovvero sono rimborsabili esclusivamente le corone protesiche complete nell'ambito dei codici previsti dal Nomenclatore – Tariffario edizione 1.4.2025, nei limiti delle tariffe massime ivi esposte); le corone protesiche doppie/corone telescopiche, ovvero è rimborsabile una sola corona protesica completa per sede dentaria (nominale ed anatomica) entro i limiti temporali e delle tariffe massime previste (per le protesi telescopiche prendere visione dei casi di applicabilità del codice 2633); le faccette protesiche (non assimilabili alle corone protesiche qualsiasi tipologia, alla riparazione di singole corone protesiche, agli intarsi); gli intarsi (indipendentemente dal materiale utilizzato) sul gruppo anteriore (da canino a canino); la struttura di Maryland Bridge e similari in presenza di pilastro naturale/impianto (né come struttura definitiva né come struttura provvisoria); la struttura di Maryland

Bridge e similari nelle sedi con elementi contigui protesizzati con corone protesiche definitive e/o provvisorie e/o riabilitate con protesi mobili; la struttura di Maryland Bridge e/o similari come riabilitazione provvisoria; le otturazioni di qualsiasi classe (indipendentemente dall'età e/o se trattasi di elemento deciduo o permanente), la ricostruzione del dente con ancoraggio a vite e la ricostruzione moncone (indipendentemente dall'età e/o se trattasi di elemento deciduo o permanente) su elementi riabilitati con perno moncone; le otturazioni di qualsiasi classe (indipendentemente dall'età e/o se trattasi di elemento deciduo o permanente) in associazione alla richiesta del codice 2613- 30329 "Pulpotomia", ai codici delle cure canalari (indipendentemente dall'età e/o se trattasi di elemento deciduo o permanente), dei ritrattamenti endodontici (indipendentemente dall'età e/o se trattasi di elemento deciduo o permanente), degli intarsi (indipendentemente dall'età e/o se trattasi di elemento deciduo o permanente), dei codici 2593-30317-2609-30326-2623-30331-2615-2670-2633; tutte le prestazioni che presuppongono la presenza dell'elemento naturale, richieste contestualmente a qualsiasi tipo di estrazione, impianti e/o altre prestazioni che presuppongono l'assenza dell'elemento naturale stesso; l'incappucciamento della polpa di un elemento dentario (indipendentemente se deciduo o permanente) su elementi trattati endodonticamente, indipendentemente se il precedente trattamento risulti liquidato dal Fondo o se visibile/desumibile dalla documentazione sanitaria; le rx endorali o fotografie intraorali oppure ancora le foto del morso/morso inverso in assenza dei codici che le prevedono (come pre e post cure); la contenzione ortodontica oltre le annualità di rimborso massime previste; il trattamento ortodontico e/o contenzione oltre il 20esimo anno di età; il bite (qualsiasi tipologia) come contenzione ortodontica. Il Fondo riconosce una sola tipologia di trattamento ortodontico l'anno (esempio: 2 trimestre 2025 viene riconosciuto, dietro presentazione del post cure annuale, il trattamento di tipo fisso, per tutto il 2025 sarà possibile accedere solo al rimborso del trattamento ortodontico fisso) indipendentemente dalla modalità di fruizione (diretta/indiretta) e/o dalla modalità di presentazione delle richieste di rimborso (diretta in una unica soluzione annuale; indiretta in modalità frazionata annuale e/o in una unica soluzione annuale).

Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni al di fuori della codifica del Nomenclatore - Tariffario edizione 1.4.2025; le prestazioni codificate per autonoma similitudine; le prestazioni fruite prima della scadenza/concorrenza dei limiti (tutte le tipologie) e/o prima dell'effettiva assistibilità da parte del Fondo (ovvero prestazioni fruite in un eventuale periodo di carenza) indipendentemente dalla motivazione; le prestazioni di odontoiatria preventiva al di fuori di quanto esplicitamente riportato nell'apposito capitolo "Progetto Prevenzione in Odontoiatria" Fasi.

Le prestazioni, di qualsiasi tipo, eseguite con metodica diretta e indiretta non sono rimborsabili contestualmente e sono, comunque, soggette a limiti temporali.

Ulteriori specifiche sono riportate nelle "Premesse specifiche di sottobranchia" di ogni sezione del Nomenclatore-Tariffario in vigore.

Le Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta non devono, in alcun caso, addebitare agli Iscritti/assistiti prestazioni/cure che risultino comprese in altre voci/prestazioni/cure previste dal Nomenclatore - Tariffario in vigore.

Si ricorda, dunque, che le prestazioni non esplicitamente riportate nel Nomenclatore - Tariffario in vigore devono ritenersi NON RIMBORSABILI (per ulteriori chiarimenti in merito è possibile contattare la Centrale Informativa Odontoiatrica al n. 06.518911 opzione 1).

Si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria e/o gli operatori degli altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di privacy e delle ultime modifiche/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrativa riferibili all'Iscritto/ assistito, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti. Il Fondo, per il tramite degli operatori autorizzati, si riserva la facoltà di NON rilasciare informazioni/indicazioni telefoniche a soggetti diversi dal titolare della posizione.

Le prestazioni odontoiatriche sono soggette a limiti temporali di rimborsabilità (limiti amministrativi) e che le stesse concorrono al calcolo dei limiti di tutte le prestazioni, comprese quelle relative al Progetto Prevenzione in odontoiatria e viceversa.

Le fatture devono sempre essere intestate all'assistito al quale sono state eseguite le cure. Come

precedentemente indicato, non è possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruitive da più Assistiti indipendentemente se le richieste avvengono in modalità online o cartacea. Nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al Titolare dell'iscrizione al Fasi, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura, dovendo sempre essere identificabile l'assistito per il quale è stato emesso il giustificativo di spesa come previsto dalla normativa fiscale.

Si ricorda che *i giustificativi di spesa devono essere inviati al Fasi, per via telematica, solo in tal caso l'inoltro potrà essere effettuato senza attendere il trimestre successivo a quello di emissione del giustificativo di spesa fermo restando il termine massimo di presentazione previsto dall'art. M del Regolamento vigente.*

Rimane in essere, unicamente in via residuale, la possibilità di invio della richiesta di rimborso in modalità cartacea, in copia a mezzo posta, dovranno quindi essere rispettate le scadenze trimestrali previste dall'art. M del Regolamento. In quest'ultimo caso, l'inoltro della richiesta potrà avvenire a partire dal primo giorno del trimestre successivo a quello nel corso del quale è compresa la data di saldo/saldo parziale dei documenti di spesa ai quali la richiesta si riferisce, utilizzando il "Modulo Richiesta Trimestrale di Prestazioni Odontoiatria", inviato dal Fasi di volta in volta in riscontro alla presentazione del "Piano di Cure" oppure, utilizzando, laddove espressamente previsto, il Modello Unificato Odontoiatria.
L'eventuale documentazione di spesa inviata al Fasi erroneamente in originale, non verrà restituita all'Isritto.

Cure Ortodontiche

(cicli di cure per correzione di malocclusioni – codici 30307 – 30308 – 30309 - 30310)

Questa tipologia di cure necessita sempre di un primo "Piano di Cure" preventivo completo di documentazione sanitaria.

Poiché si tratta di cure che si estendono, di norma, su più anni con pagamenti periodici, per accedere ai rimborsi di forma indiretta previsti dal Fondo potrà essere eseguita, in alternativa, una delle procedure di seguito riportate:

- trasmettere al Fondo ogni trimestre la richiesta di rimborso allegando la documentazione di spesa rilasciata dal proprio odontoiatra sino a quel momento (ad es. nel 1° trimestre una fattura, nel secondo un'altra fattura, e così di seguito fino a concorrenza della tariffa massima di compartecipazione annua da parte del Fondo) corredata dalla foto intraorale post cure, ovvero foto intraorale con apparecchio posizionato nelle singole arcate;

oppure

- raccogliere tutte le fatture relative al trattamento ortodontico rilasciate nel corso dell'anno (o parte dello stesso, in caso di decadenza dei requisiti di assistibilità) dal proprio odontoiatra e trasmetterle in una unica soluzione al Fondo (unitamente alla foto intraorale post cure, ovvero foto intraorale con apparecchio posizionato nelle singole arcate), nei tempi previsti dalla vigente normativa, con la richiesta di prestazioni odontoiatria relativa al 4° trimestre. **Qualora si optasse per questa seconda soluzione, dovrà essere posta particolare attenzione alla tempistica di inoltro della richiesta per via telematica** poiché il sistema inibisce l'invio di documentazione di spesa oltre il termine massimo previsto dall'art. M del Regolamento mentre, per l'inoltro cartaceo la richiesta potrà essere trasmessa entro e non oltre il 31 marzo dell'anno successivo.

Il rimborso delle cure ortodontiche fruitive in forma diretta, dovrà essere richiesto dalle Strutture Sanitarie convenzionate in un'unica soluzione annua. Pertanto, fermo restando l'obbligo di inoltro della foto intraorale post cure, la Struttura Sanitaria non potrà frazionare le richieste di rimborso nel corso del singolo anno di trattamento.

Le cure ortodontiche sono rimborsabili fino al compimento del 20esimo anno di età, per un massimo di tre anni totali (non sono previste deroghe), anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte a trattamento ed indipendentemente dalla tipologia di trattamento (apparecchiature fisse e/o mobili e/o ortodonzia invisibile e/o contenzione ortodontica – ovvero 3 anni totali) secondo le modalità riportate nell'ulteriore seguente esempio: arcata superiore e inferiore fatturate nel 2024 corrispondono ad un anno di rimborso; solo arcata superiore oppure solo arcata inferiore fatturata nel 2025, corrisponde ad un secondo anno. In tale esempio resta quindi a disposizione un ultimo anno di rimborso per una oppure due arcate, per il trattamento ortodontico oppure per il trattamento di contenzione, da fruire al massimo entro l'anno di compimento del 20esimo anno di età.

Attenzione: poiché il rimborso del trattamento ortodontico (una arcata o due arcate indipendentemente dalla tipologia di trattamento) è annuale, non è possibile inoltrare una richiesta di rimborso con documentazione di spesa che si riferisca a più anni di trattamento (non sono previste altre possibilità). Qualora ciò accadesse si potrebbero determinare ritardi nei tempi di verifica e di rimborso oltre ad eventuali liquidazioni non conformi alle attese.

Si precisa che, per gli anni di cura successivi al primo, nel caso non siano previste variazioni al trattamento in corso, con modifica delle arcate interessate alla cura e/o di tipologia di trattamento, non è necessario inviare un nuovo "Piano di Cure".

Nel caso in cui il "Piano di Cure" iniziale fosse stato redatto per una sola arcata, fermo restando la medesima tipologia di trattamento, sarà sufficiente indicare l'inserimento della seconda arcata, nella sezione "prestazioni fuori Piano di Cure" presente nel modulo di richiesta trimestrale di rimborso, avendo cura di indicare il codice, l'arcata di riferimento e l'importo addebitato dal medico odontoiatra per quella singola arcata. A tal proposito, si specifica che il Fondo riconosce il trattamento ortodontico (tradizionale o con mascherine trasparenti) nella sola arcata in cui viene posizionato il relativo apparecchio e riconosce una sola tipologia di trattamento all'anno per la medesima arcata, come riportato nel seguente esempio: arcata superiore codice 30307 "Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse" fatturato nel 1 trimestre 2025, per tutto l'anno 2025 per l'arcata superiore potrà essere riconosciuto esclusivamente il codice 30307 "Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse" fino a concorrenza dell'importo massimo annuo rimborsabile per il codice/arcata stesso.

La contenzione ortodontica è rimborsabile, nell'ambito dei limiti previsti, solamente con il codice progressivo 30310 e non è assimilabile a nessun'altra prestazione presente nel Nomenclatore – Tariffario del Fondo. Il codice 30310 relativo alla contenzione ortodontica è rimborsabile per massimo 1 anno nell'ambito dei 3 anni massimi previsti per le terapie ortodontiche, indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte al trattamento stesso. Pertanto, anche il trattamento di contenzione concorre al raggiungimento dei 3 anni di terapia ortodontica rimborsabili dal Fondo e comunque fino all'anno di compimento del 20esimo anno di età (fino al 31.12). Si ricorda ancora una volta che, la contenzione ortodontica non è assimilabile allo splintaggio interdentale codice 2589 né al bite codici 2635 – 2648 – 30336 – 24164 - 24104 (relativo alla prevenzione) indipendentemente dai materiali utilizzati.

Cure Odontoiatriche

Per alcune prestazioni odontoiatriche, da non confondere con quelle ortodontiche descritte nel paragrafo precedente, è necessario presentare un "Piano di Cure", così come riportato nella colonna "Obblighi" del Tariffario in vigore.

Le fatture di acconto a sé stanti non sono rimborsabili. Le fatture d'acconto devono sempre essere accompagnate da quella di saldo/saldo parziale, la cui data di rilascio determina il trimestre di competenza, nonché il termine entro il quale la richiesta di prestazione deve essere obbligatoriamente inviata al Fasi per il previsto rimborso.

A tal proposito si specifica che:

Fatture di acconto

Una fattura di acconto è una fattura che non ha particolare correlazione tra i pagamenti e le cure già completate e deve, quindi, essere inviata unitamente a quella di saldo/saldo parziale. Le fatture di acconto devono sempre essere riportate/citate all'interno della successiva fattura di saldo/saldo parziale.

Fatture di saldo parziale

La fattura di saldo parziale **è una fattura che si riferisce specificatamente alla parte di cure già effettuata e terminata, ancorché altre siano in corso.** La **fattura di saldo parziale**, per le prestazioni fruite in forma indiretta, **deve essere inviata secondo il trimestre al quale si riferisce la sua data di rilascio mentre per le prestazioni fruite in forma diretta, le fatture (e quindi la richiesta di rimborso) dovranno essere inoltrate entro 90 giorni dalla data di emissione** (e quindi dal termine delle cure a cui questa di si riferisce).

Ne consegue quindi che, benché una fattura riporti la dicitura "acconto" all'interno della descrizione (ovvero acconto rispetto ad un preventivo rilasciato dal curante), questa venga considerata quale "saldo parziale" nel caso in cui sia rilevabile dal Fondo l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate, pertanto, come tale, deve essere inoltrata secondo il trimestre al quale si riferisce la sua data di rilascio.

Prima di inoltrare la documentazione di spesa, in forma indiretta, è importante verificare che la somma degli importi inseriti nei modelli di richiesta di rimborso per spese odontoiatriche (“Richiesta Trimestrale Prestazioni Odontoiatria” oppure “Modello Unificato”) corrisponda al totale della fattura o alla somma delle fatture presentate con la richiesta stessa (al netto dell’imposta di bollo). Ne consegue che **tali fatture non dovranno contenere né acconti per prestazioni non terminate o ancora da eseguire (per le quali si invierà la relativa richiesta nei trimestri successivi) né residui di spesa relativi a precedenti richieste di rimborso per prestazioni già effettuate e liquidate dal Fondo.**

A tal proposito, si precisa che all’interno delle richieste di rimborso non devono essere riportati gli estremi delle fatture per le quali è stata già inoltrata una precedente richiesta di rimborso oppure si è già ricevuta la liquidazione. Diversamente, si potrebbero ingenerare disguidi con il conseguente prolungamento dei tempi di verifica e di liquidazione nonché liquidazioni non conformi alle attese.

Fatture di saldo

La fattura di saldo è una fattura che chiude la rendicontazione delle cure programmate, effettuate e terminate. La fattura di saldo (così come la fattura di saldo parziale) determina il trimestre di competenza della richiesta di rimborso prestazioni e determina quindi i limiti temporali massimi entro il quale deve essere inoltrata la richiesta per prestazioni fruite in forma indiretta, come previsto dall’art. M del Regolamento. **Per le prestazioni fruite in forma diretta, le fatture (e quindi la richiesta di rimborso) dovranno essere inoltrate entro 90 giorni dalla data di emissione** (e quindi dal termine delle cure a cui questa di si riferisce).

Si precisa che una fattura di saldo, deve riportare nel corpo del documento, il riferimento ad eventuali fatture di acconto (diverse da saldi parziali) emesse in precedenza ed a cui si riferisce il predetto saldo.

Si ricorda, che le prestazioni, 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 o quietanza di pagamento (esempio: una prestazione fatturata a saldo nel mese di febbraio 2025, viene imputata al 1° trimestre 2025).

Pertanto, la cadenza della rimborsabilità delle prestazioni odontoiatriche soggette a limiti temporali (ad esclusione di: ortodonzia, radiografie e foto e prestazioni di prevenzione previste dal Fondo), sarà calcolata secondo il seguente esempio: una otturazione eseguita su un determinato elemento dentario è rimborsabile al massimo una volta ogni 3 anni, indipendentemente dalla tipologia e dall’età; in tal caso, se la prestazione fosse stata fatturata nel corso del 2° trimestre 2025 e successivamente rimborsata dal Fasi, la medesima prestazione, se ripetuta indipendentemente dalla classe e dall’età, non verrebbe nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2028 (per la cadenza della rimborsabilità della Prevenzione fare riferimento al paragrafo “Progetto Prevenzione in Odontoiatria”).

Si ricorda che al Modello Unificato utilizzato come “Piano di Cure” (forma indiretta) non deve essere allegata alcuna documentazione di spesa (qualora ciò accadesse, questa non sarà presa in considerazione dal Fondo).

Si precisa, infine, che la documentazione di spesa relativa alle prestazioni odontoiatriche non deve in alcun modo essere trasmessa al Fondo con la richiesta di rimborso per prestazioni medico-chirurgiche NON odontoiatriche e viceversa (qualora ciò accadesse, questa non sarà presa in considerazione dal Fondo).

Nell’ambito delle comunicazioni obbligatorie che il Fasi deve effettuare annualmente verso l’Agenzia delle Entrate, onde evitare disguidi non imputabili al Fondo, si prega di verificare per ogni documentazione di spesa appartenente al nucleo familiare assistibile, la correttezza dei dati (cognome, nome, data di nascita), del relativo codice fiscale e la conseguente comunicazione al Fondo. In caso di non corrispondenza è obbligo dell’Iscritto e/o della Struttura Sanitaria convenzionata in forma diretta, far rettificare e/o rettificare il dato non corretto.

LIMITI DI ETÀ'

Si precisa che le prestazioni del Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria, possono essere soggette a limiti di età e/o essere diversificate per fasce di età. Quando si parla di prestazioni “soggette a limiti di età” si intende che la prestazione è rimborsabile “fino”, oppure “a partire” dall’età indicata; invece quando si parla di diversificazione di fascia di età si intende che quella tipologia di prestazione è presente sia nella sezione “Pedodontica” sia in quella riferibile agli adulti.

Con il termine “età compiuta” si intende esattamente il giorno in cui si compie l’età indicata, esempio: codice 30311 “Chirurgia Gengivale per arcata [...] – fino a 16 anni compiuti”, significa che tale codice prestazione è rimborsabile fino al giorno in cui si compiono i 16 anni.

A partire dai 17 anni, intesi come 16 anni più 1 giorno, se presente, potrà essere autorizzato/rimborsato il codice “adulti” che, nell’esempio sopra riportato, corrisponde al codice 2583 “Chirurgia Gengivale per arcata [...] a partire dai 17 anni”.

Relativamente ai trattamenti ortodontici, questi sono rimborsabili fino all’anno di compimento del 20esimo anno di età intendendo con questo fino al 31 dicembre dell’anno in cui si compiono 20 anni.

ESAMI DIAGNOSTICI PRE E POST CURE

Si pone in particolare evidenza che, nel caso in cui il “Piano di Cure” preveda prestazioni di chirurgia orale, implantologia, protesi fisse, prestazioni di pedodonzia, terapia ortodontica, **pacchetti prevenzione (quest’ultimi fruibili solo in forma diretta)** è indispensabile allegare al predetto “Piano di Cure” gli accertamenti radiografici, che devono essere eseguiti prima dell’inizio delle relative cure. In alternativa alle radiografie, in alcuni casi, possono essere eseguite foto intraorali con le modalità di seguito riportate, sono ammesse immagini statiche tipo JPEG, PDF (no STL) originanti da impronta digitale (di seguito “immagini impronta digitale”) per Protesi Odontoiatrica ed Implantologia esclusivamente se presenti, nel file, le 2 arcate singolarmente ed in occlusione, riportanti l’anagrafica del paziente, sia nel pre che nel post cure. Non sono ammissibili simulazioni / rendering di riabilitazioni protesiche (denti o impianti) con software di ricostruzione (es. Exocad o similari). Per Ortodonzia non sono ammesse immagini da impronta digitale.

Al termine delle prestazioni, sempre limitatamente a quelle previste, unitamente al “Modulo Richiesta Trimestrale di Rimborso Odontoiatria” ed ai giustificativi di spesa digitalizzati, dovranno essere trasmessi al Fondo gli accertamenti eseguiti alla fine delle prestazioni stesse (post cure). Laddove indicato nel Nomenclatore – Tariffario Tariffario (in vigore all’atto della fatturazione a saldo), dovranno essere allegate anche le copie di eventuali certificazioni odontoiatriche, odontotecniche, nonché le copie dei referti istologici, etc.

Anche per il post cure è possibile inviare, in alcuni casi, in alternativa alle radiografie, le fotografie intraorali e le immagini impronta digitale (vedere relative sezioni).

Il Fondo si riserva la possibilità di richiedere documentazione aggiuntiva o chiarimenti, seppur non esplicitamente indicata nel Nomenclatore - Tariffario, laddove ritenesse non sufficiente quella fornita con il “Piano di Cure” o con la richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche indipendentemente se le prestazioni sono state fruite in forma indiretta o forma diretta.

Ortopanoramica – Rx endorale/Bite wings – Dentascan o Tomografia a fascio conico (CBCT – Cone Beam Computed Tomography)

Si precisa che, **la documentazione radiografica, deve essere obbligatoriamente completa di nome, cognome, data e riferimenti quali: quadrante nel caso di Rx endorali e destra/sinistra nel caso di Ortopanoramica.** Nel caso in cui i documenti fossero su supporto informatico (esclusivamente CD non originale) e inoltrati secondo la procedura di “invio cartaceo”, i dati devono, obbligatoriamente, essere riportati sullo stesso supporto, sulla cartella contenente il documento e sull’immagine jpeg stessa.

In assenza dei riferimenti previsti, il Fondo si riserva la facoltà di richiedere dettagli e/o documentazione aggiuntiva.

Qualora l’assistito avesse eseguito come accertamento un Dentascan o CBCT (pre cure o post cure od ambedue), di tale esame dovrà essere eseguito l’upload esclusivamente dell’immagine “Panorex”.

Possono essere presentate anche eventuali indagini radiografiche eseguite precedentemente l’inizio delle cure odontoiatriche riportate nel relativo “Piano di Cure”, comunque non antecedenti a 4 anni, a condizione che nei predetti 4 anni non siano state eseguite le stesse prestazioni inserite nel “Piano di Cure” presentato.

Si ricorda che non sono autorizzabili prestazioni prive di documentazione obbligatoria indipendentemente dalla forma di accesso alle prestazioni stesse (non sono previste deroghe). Nell’interesse dell’assistito, nel caso in cui si effettui l’inoltro cartaceo, le radiografie dovranno essere inviate in copia fotostatica o stampa su carta semplice leggibili onde evitare smarrimenti delle indagini conseguenti a mancati recapiti della corrispondenza, oppure, in alternativa, inviate su supporto quale CD (non originale), purché il formato del file sia “Jpeg”. Non sono ammessi,

come sostitutivo delle radiografie, le diapositive, simulazioni / rendering di riabilitazioni protesiche (denti o impianti) con software di ricostruzione (es. Exocad o similari) per Protesi Odontoiatriche ed Implantologia, per Ortodonzia qualsiasi tipo di immagine digitale di origine da scanner intra orali o simulatori di risultato, le indagini su supporto che prevedano l'installazione di programmi per la lettura, altri formati file o supporti (USB, etc.) diversi da quelli indicati.

Fotografia o immagine video intraorale

Considerato che il Fondo non interferisce nella scelta del protocollo di cura individuato dal medico curante, nei casi in cui l'odontoiatra dell'assistito non ritenesse necessario prescrivere le indagini radiografiche indicate dagli obblighi, **in alternativa, il Fasi potrà valutare la “fotografia o immagine video intraorale” o immagini impronta digitale pre e/o post cure, esclusivamente, secondo le modalità di seguito riportate:**

- o codice 2615 (impianti osteointegrati): le foto o immagini impronta digitale devono essere eseguite, per il pre cure, prima del posizionamento dell'impianto (pre estrattive o intraoperatorie); non saranno considerate valide simulazioni / rendering di riabilitazioni protesiche (denti o impianti) con software di ricostruzione (es. Exocad o similari), le foto che mostrano eventuali vecchi manufatti nella sede richiesta, mentre, per il post cure, l'immagine (fotografia o immagine impronta digitale) deve mostrare la “vite di guarigione” (non rimborsabile e non assimilabile alla componentistica protesica definitiva su impianti), non potranno essere considerate valide le foto o immagine impronta digitale degli impianti con protesi già posizionate;
- o codice 2670 (componentistica protesica su impianti): nel precisare che si intende esclusivamente la componentistica protesica di ricostruzione definitiva, non assimilabile alla “vite di guarigione, vite tappo, mesostruttura di ricostruzione provvisoria”, le foto o immagine impronta digitale dovranno essere eseguite, per il pre cure, prima del posizionamento del relativo impianto (pre estrattive o intraoperatorie) oppure ad impianto posizionato, mentre per il post cure, l'immagine (fotografia o immagine impronta digitale) deve mostrare il manufatto definitivo prima della protesizzazione finale. Si precisa che, il codice è rimborsabile solo contestualmente al relativo impianto (deve essere richiesto contestualmente al relativo impianto sia in fase di piano di cure sia in fase di richiesta rimborso) e tale rimborso (come per l'impianto) non è ripetibile nella stessa sede nominale ed anatomica.
- o codici 2671-2618-2619-30332: le foto o immagine impronta digitale devono essere eseguite, per il pre cure, prima del posizionamento delle corone definitive, ossia devono mostrare i monconi (naturali o impianti) senza le protesi mentre, per il post cure, l'immagine (fotografia o immagine impronta digitale) deve mostrare le protesizzazioni definitive posizionate nelle sedi richieste. Non potranno essere ammesse le fotografie delle protesi sui modelli in gesso o di modelli digitali;
- o codici 2673-30334: le foto pre cure o immagine impronta digitale dovranno mostrare lo spazio edentulo e l'assenza di riabilitazione con protesi fisse (provvisorie e/o definitive) degli elementi contigui al predetto spazio edentulo mentre, per il post cure, l'immagine (fotografia o immagine impronta digitale) dovrà evidenziare la protesizzazione definitiva della sede edentula e la presenza dei soli “appoggi” sugli elementi contigui, ovvero gli elementi contigui non dovranno mostrare una riabilitazione protesica definitiva/provvisoria completa/parziale. Non potranno essere ammesse le fotografie sui modelli in gesso o di modelli digitali;
- o codice 2616: le foto sono ritenute valide solo nel caso del post cure e devono, necessariamente, essere intraoperatorie (ossia eseguite durante l'intervento).

Si ricorda che nel caso di “invio con l'utilizzo della procedura cartacea” anche le fotografie intraorali dovranno essere inoltrate in copia fotostatica oppure, fermo restando i dati obbligatori, su supporto quale CD non in originale, purché il formato del file sia “Jpeg”. Non sono ammessi, come sostitutivo delle fotografie, le diapositive, i negativi, le simulazioni / rendering di riabilitazioni protesiche (denti o impianti) con software di ricostruzione (es. Exocad o similari), le indagini su supporto che prevedano installazione di programmi per la lettura, altri formati file o supporti (USB, etc.) diversi da quelli indicati.

Cure ortodontiche

Per le cure ortodontiche (indipendentemente dalla tipologia di trattamento), in alternativa al telecranio, è possibile inviare come pre cure la “foto del morso/morso inverso”, oppure la foto dei modelli in occlusione (ad eccezione del trattamento per contenzione), nonché l'ortopanoramica. Nel caso della terapia di mantenimento (contenzione), la fotografia intraorale post cure dovrà mostrare il retainer posizionato. Non è ammesso, come sostitutivo delle indagini appena descritte, il solo esame cefalometrico. Poiché non sempre la

durata delle cure ortodontiche coincide con il termine massimo di 3 anni di rimborsabilità da parte del Fondo, come post cure (per ogni anno di trattamento richiesto al Fasi e/o per ogni richiesta frazionata nell'arco dell'anno) si dovranno inoltrare le foto intraorali con apparecchio posizionato nell'arcata oggetto della richiesta di rimborso. Anche nel caso delle cure ortodontiche, la documentazione deve recare il riferimento all'assistito (nome e cognome). Nel caso specifico, si ricorda che le foto relative al trattamento ortodontico sono riconosciute unicamente con il codice 2652 e nel caso delle "foto del morso/morso inverso" o dei modelli in occlusione, la data ed il nominativo devono essere indicati sul modello.

CERTIFICAZIONE DEL LABORATORIO ODONTOTECNICO O DELL'ODONTOIATRA DI FIDUCIA

Gli Iscritti e/o le Strutture Sanitarie convenzionate, per ottenere i rimborsi relativi ad alcune prestazioni (vedere gli obblighi riportati nel Nomenclatore – Tariffario in vigore) devono trasmettere al Fasi, unitamente ai documenti previsti per la richiesta di rimborso, la copia (rilasciata dall'odontoiatra nel caso di prestazioni fruite in forma indiretta), della certificazione di conformità del laboratorio odontotecnico, che ha realizzato i manufatti prescritti dal medico odontoiatra curante.

Si precisa che non si tratta della copia della fattura rilasciata dal laboratorio odontotecnico all'Odontoiatra, **né della prescrizione medica redatta dall'Odontoiatra, né della scheda di progettazione tecnica laboratorio odontotecnico**, bensì di una certificazione dei lavori eseguiti dal laboratorio odontotecnico regolarmente registrato presso il Ministero della Salute, come previsto dalle normative vigenti, **ovvero la “Dichiarazione di Conformità UE” (2017/745 Regolamento Europeo – ex Direttiva 93/42/CEE).**

Tutti i manufatti/dispositivi medici su misura, realizzati da un laboratorio odontotecnico, devono essere certificati per i materiali utilizzati, secondo la normativa appena indicata, indipendentemente dal tempo di effettivo utilizzo degli stessi come, ad esempio, per i manufatti provvisori. Il Fasi si riserva, dunque, di verificare la coerenza tra il manufatto descritto ed i materiali specificati nella certificazione.

Nel caso in cui la documentazione radiografica e/o fotografica non fosse sufficientemente chiara per la valutazione, il Fondo si riserva la possibilità di chiedere certificazione aggiuntiva anche se non esplicitamente prevista dal Nomenclatore – Tariffario in vigore.

Il Fasi non rimborsa, in alcun modo, i giustificativi di spesa rilasciati dai laboratori odontotecnici in favore degli Iscritti; pertanto non verranno considerate le fatture relative a materiali usati per la realizzazione dei manufatti chiaramente distinguibili in quanto, di norma, assoggettate ad Iva (secondo la normativa vigente) e/o comunque indipendentemente se assoggettate ad Iva.

Inoltre, poiché alcuni tipi di lavoro possono essere eseguiti direttamente dall'Odontoiatra (definiti come “metodo diretto”), sarà sufficiente (esclusivamente nei casi chiaramente specificati nel Nomenclatore – Tariffario in vigore all'atto della fatturazione a saldo/saldo parziale) il rilascio di una certificazione da parte di quest'ultimo, redatta su carta intestata e firmata dal Direttore Sanitario, dove viene indicato chiaramente il tipo di lavoro effettuato, i materiali e i relativi lotti.

Si precisa che le protesi definitive (corone definitive ed intarsi) possono essere eseguite con tecniche CAD-CAM direttamente dal medico odontoiatra curante se in possesso del relativo macchinario, tramite sistemi di lettura ottica elaborati al computer, che permette la realizzazione dei suddetti manufatti attraverso il modellamento di appositi “blocchetti” marcati CE e rientranti nella categoria dei “dispositivi Medici su Misura”. Pertanto, il Ministero della Salute, ha disposto che il medico odontoiatra curante, che realizza il manufatto per un proprio paziente, è comunque tenuto a fornire allo stesso, in forma scritta, informazioni relative alle avvertenze, controindicazioni, materiali utilizzati, rintracciabilità dei materiali e tipologia di macchinario utilizzato per la realizzazione del manufatto.

L'assenza della certificazione di conformità, rilasciata dal laboratorio odontotecnico regolarmente Iscritto presso il Ministero, per le prestazioni specificatamente previste all'interno del Nomenclatore – Tariffario in vigore, rende le stesse non rimborsabili.

Poiché la certificazione richiesta dal Fondo si riferisce a quanto indicato dal Regolamento UE, sono esonerate dalla presentazione del documento tutte le richieste relative a prestazioni effettuate e fatturate presso Paesi extra UE, purché sia chiaramente indicato nella modulistica e sia rilevabile il Paese in cui sono state effettuate e

fatturate le prestazioni.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA (SOLO ONLINE)

PRESSO STRUTTURE SANITARIE ODONTOIATRICHE CONVENZIONATE

Il rimborso delle prestazioni rese da tali Strutture potranno essere richieste al Fondo solo ed esclusivamente attraverso l'invio telematico delle fatture in digitale (regolarmente assoggettate ad imposta di bollo). Le fatture in originale dovranno essere consegnate dalle Strutture agli Assistiti i quali **non dovranno trasmetterli al Fasi né in originale né in copia**.

Si ricorda quindi che, fruendo delle prestazioni in forma diretta, gli Iscritti non dovranno occuparsi della procedura amministrativa, prevista per ottenere i rimborsi da parte del Fasi, in quanto la stessa viene svolta direttamente dalle Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate in forma diretta. Si ricorda che **la Struttura Sanitaria Odontoiatrica Convenzionata è obbligata ad applicare la forma diretta** a tutti gli Iscritti/assistiti Fasi che siano in regola con la posizione anagrafico/contributiva.

Si specifica che è pacificamente riconosciuto il diritto del cittadino sulla “libera scelta” della Struttura Sanitaria e/o del professionista laureato in Medicina e Chirurgia iscritto all’Ordine degli Odontoiatri e/o in Odontoiatria e Protesi Dentaria (regolarmente abilitato e riconosciuto dalle Autorità competenti) per l’esecuzione delle prestazioni/cure. Quindi, gli Iscritti/assistiti secondo un principio di autodeterminazione possono fruire delle prestazioni proposte dal Fondo nella forma indiretta (struttura non rientrante nel network riconosciuto dal Fondo) oppure nella forma diretta, cioè presso una Struttura Sanitaria con il quale il Fasi intrattiene rapporti di convenzione, per il tramite di IWS (Industria Welfare e Salute), in favore degli Iscritti stessi. Pertanto, qualora si opti per la scelta di fruire delle prestazioni in forma diretta presso Strutture convenzionate, si ricorda di comunicare, prima dell’inizio delle cure, al relativo ufficio preposto l’iscrizione al Fondo Fasi.

Le Strutture Sanitarie odontoiatriche convenzionate sono collegate telematicamente 24 ore al giorno per 365 giorni l’anno. Tale tipologia di collegamento garantisce sempre la massima sicurezza dei dati, con particolare riferimento al D.Lgs.196/03 e al Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati e successive modificazioni e/o integrazioni.

È consigliabile consultare l'elenco aggiornato delle strutture convenzionate accessibile tramite il sito del Fondo (www.fasi.it) alla voce Network Sanitario che reindirizza al portale di IWS (Industria Welfare e Salute).

Si ricorda che gli accordi di convenzione in forma diretta prevedono che il Fondo riconosca alla Struttura Odontoiatrica convenzionata, liberamente individuata dall’Iscritto, la quota a carico Fasi sulla base delle tariffe massime di rimborso previste dal Nomenclatore – Tariffario in vigore e nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Conseguentemente, l’Iscritto dovrà saldare alla Struttura Odontoiatrica le sole eccedenze, rappresentate dalla differenza tra la tariffa “agevolata” in convenzione, applicata dalla Struttura Odontoiatrica e la tariffa di rimborso prevista dal Fasi stesso (importo massimo previsto dal Nomenclatore – Tariffario in vigore).

A tutela dell’Iscritto, le Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate forniscono ad IWS, per tutte le prestazioni da loro eseguite, il proprio listino privato a comprova e garanzia che le tariffe concordate all’atto del convenzionamento sono inferiori e vantaggiose per gli Iscritti Fasi (rispetto alle proprie tariffe private), anche per quelle prestazioni non rimborsabili dal Fondo, applicando per queste ultime delle tariffe inferiori rispetto a quelle private normalmente adottate.

Qualora la Struttura Sanitaria dovesse, anche per un periodo breve di tempo, adottare tariffe private inferiori a quelle concordate al momento del convenzionamento, mantenendo il regime di forma diretta, è obbligata ad applicare di volta in volta, agli assistiti Fasi, le tariffe più favorevoli indipendentemente se

previste o meno dal Fondo.

Si precisa, inoltre, che il Fasi, per le problematiche di natura medica, si avvale della Società Pro.ge.sa. S.r.l. (Progetti e Gestioni Sanitarie), che con i suoi medici-chirurghi-odontoiatri presta la propria collaborazione al Fondo per il tramite di IWS (Industria Welfare e Salute). La predetta Società è coadiuvata da Consulenti Odontoiatri con comprovata esperienza per tematiche puramente scientifiche.

Ciò premesso, di seguito si riportano le procedure da seguire per accedere **alle prestazioni odontoiatriche fornite in forma diretta dalle Strutture convenzionate:**

- gli Iscritti che desiderino usufruire degli accordi diretti **dovranno comunicare e comprovare immediatamente, prima di iniziare le cure e quindi all'atto della prima visita**, all'ufficio preposto dalle Strutture Sanitarie convenzionate, **la loro appartenenza al Fondo, mediante comunicazione del numero di iscrizione al Fasi** (intestato sempre al titolare della posizione) e di un documento di riconoscimento (per i minori e/o non abilitati a firmare atti ufficiali di chi ne fa le veci) ed assumere, o farsi confermare, presso gli uffici medesimi, tutte le informazioni necessarie per utilizzare correttamente la convenzione, al fine di evitare eventuali malintesi;
- l'odontoiatra prescelto, dopo aver definito di concerto con il paziente il piano terapeutico, stilerà il "Piano di Cure" **comunicando all'assistito quali prestazioni sono soggette ad obblighi pre e post cure (anche sulla base di quanto esposto nel Nomenclatore – Tariffario in vigore)** e trasmetterà al Fasi in modalità digitalizzata, tramite applicativo dedicato all'attività, il "Piano di Cure" concordato, completo della documentazione pre cure laddove prevista. L'Iscritto ha la possibilità di chiedere alla struttura prescelta copia cartacea del "Piano di Cure" inoltrato e del relativo esito, la Struttura Sanitaria, in tal caso, è obbligata a consegnarlo all'Iscritto che ne fa richiesta;
- nel rispetto delle condizioni statutarie, all'atto dell'apertura del "Piano di Cure" telematico, la Struttura Sanitaria potrebbe ricevere una generica segnalazione di "Paziente non assistibile", senza alcuna indicazione specifica circa la motivazione. Tale segnalazione potrebbe essere indice di anomalie nella posizione anagrafico/contributiva dell'Iscritto che impediscono, temporaneamente, alla Struttura Sanitaria convenzionata per la forma diretta, di procedere con l'inserimento del "Piano di Cure". In questo caso l'Iscritto sarà informato dalla Struttura stessa, e dovrà verificare, personalmente e nel più breve tempo possibile, con il Contact Center (al numero 06.518911 opzione 2) l'effettivo stato della sua posizione provvedendo quindi a risolvere le anomalie. Qualora non fosse possibile regolarizzare la propria posizione in tempi brevi, l'Iscritto dovrà procedere con l'iter della forma indiretta (vedere paragrafo dedicato) e, solo in questo caso, la Struttura Sanitaria convenzionata è autorizzata ad applicare la forma indiretta, mantenendo le tariffe concordate all'atto del convenzionamento per le prestazioni previste dal Fondo e tariffe agevolate per quelle non rientranti nell'area di intervento del Fasi. Pertanto, la Struttura Sanitaria è tenuta, oltre alla compilazione della modulistica prevista per la forma indiretta, anche a consegnare all'Iscritto copia della eventuale documentazione digitalizzata nel formato previsto, contemplata dagli obblighi;
- il Fondo effettuerà, per le prestazioni presenti nel "Piano di Cure" telematico di forma diretta, le previste verifiche di compatibilità con il Nomenclatore – Tariffario in vigore, fornendo alla Struttura Odontoiatrica, **entro 7 giorni** lavorativi dalla sua presentazione:
 - le motivazioni circa le eventuali prestazioni che potrebbero non essere ammesse al rimborso sulla base delle informazioni disponibili al momento dell'esame;
 - le indicazioni sul superamento di eventuali limiti temporali/amministrativi all'erogazione di rimborsi per specifiche cure qualora rilevabili all'atto dell'esame del "Piano di Cure" in oggetto.

La valutazione della rimborsabilità delle prestazioni avviene, come indicato nei paragrafi precedenti, in funzione delle prestazioni già liquidate al momento dell'esame del "Piano di Cure" telematico e non può tener conto di quelle ancora non rimborsate dal Fondo e/o non visibili al momento dell'esame. Pertanto, benché una prestazione sia stata valutata liquidabile nel "Piano di Cure", potrebbe accadere che, in sede di richiesta di rimborso venga negata con la motivazione di "prestazione eccedente i limiti" oppure che non venga riconosciuta qualora la prestazione preventivata risulti diversa da quella eseguita. Nel caso di cure in forma diretta, la Struttura Sanitaria, in caso di prestazioni con esiti negativi (salvo errata codifica delle cure e/o salvo richiesta di chiarimenti), ne darà comunicazione all'Iscritto, in quanto tali prestazioni saranno a totale carico dello stesso, nei limiti delle tariffe massime concordate.

Si ribadisce che, anche **per la forma diretta, l'esito del "Piano di Cure" non deve essere considerato quale impegno al pagamento da parte del Fasi**. L'effettiva rimborsabilità delle prestazioni richieste, infatti, può essere confermata solo dopo l'esame della documentazione inoltrata con la richiesta di rimborso nella sua completezza.

- **La Struttura Sanitaria, ricevuto l'esito favorevole ad eseguire le prestazioni in forma diretta, comunicherà all'assistito quali tra queste sono soggette ad obblighi post cure.** Tale documentazione sarà trasmessa telematicamente, nei formati previsti, al Fasi dalla Struttura Sanitaria (forma diretta), al termine delle cure, delle quali l'assistito è a conoscenza e ne ha autorizzato l'esecuzione.
- Al completamento delle prestazioni previste nel "Piano di Cure" o di parte di esse, **la Struttura Sanitaria provvederà ad emettere i relativi giustificativi di spesa eventuali fatture di acconto e di saldo, o di saldo parziale, inviandoli telematicamente e quindi in copia al Fondo, entro massimo 90 giorni, unitamente alla documentazione radiografica o fotografica e/o certificazioni di laboratorio odontotecnico, oltre alla documentazione amministrativa prevista, consegnando all'assistito copia della richiesta inoltrata nonché gli originali dei predetti giustificativi di spesa regolarmente assoggettati ad imposta di bollo, dai quali dovrà essere rilevabile sia la quota di competenza del Fondo sia quanto di spettanza e saldato in proprio dall'Isritto. Anche per le cure eseguite in convenzione diretta si ribadisce che le fatture debbono essere assoggettate all'imposta di bollo (vedere apposito capitolo) e che tale imposta non è rimborsabile dal Fondo.**
- Il Fasi, al ricevimento telematico della richiesta di rimborso, corredata dai giustificativi di spesa e di tutta la documentazione sanitaria prevista, avvierà l'esame, con l'ausilio dei consulenti medici, della richiesta presentata, **disponendo, in nome e per conto dei propri Isritti, il pagamento di quanto dovuto (se riconosciuto come dovuto), nei limiti delle tariffe massime previste dal Nomenclatore – Tariffario in vigore per la forma diretta. Da parte sua, l'Isritto all'atto dell'inoltro della richiesta di rimborso avrà provveduto al pagamento degli eventuali importi risultanti come eccedenti la tariffa di rimborso del Fasi, di quelli relativi a qualsiasi prestazione non descritta nel Nomenclatore – Tariffario nonché di qualsiasi prestazione nello stesso esposta che all'atto dell'esame della richiesta di rimborso risultasse non rimborsabile.**
- Nel caso in cui le ulteriori verifiche anagrafico/contributive, dovessero evidenziare delle irregolarità, all'atto dell'inoltro della richiesta di prestazioni oppure all'atto della liquidazione da parte del Fondo, l'Isritto dovrà saldare l'intero ammontare delle prestazioni fruitive (quindi oltre all'eccedenza a suo carico, anche l'importo che sarebbe spettato al Fondo in assenza di problematiche amministrative) direttamente alla Struttura, la quale, a sua volta, dovrà rilasciare all'Isritto, oltre alla documentazione di spesa in originale:
 - la stampa del "Piano di Cure" a suo tempo inoltrato al Fasi per via telematica;
 - il dettaglio delle prestazioni oggetto della fatturazione;
 - il modulo di "Richiesta trimestrale di rimborso prestazioni odontoiatriche" correttamente compilato;
 - gli eventuali esami radiografici e/o fotografici pre e post cure già eseguiti;
 - le certificazioni previste, etc.

Quanto sopra al fine di poter istruire la pratica di rimborso secondo l'iter della forma indiretta da inviare al Fondo con le modalità e i tempi previsti per tale procedura (vedere capitolo "assistenza in forma indiretta") secondo quanto riportato dall'art. "M" del Regolamento. In tal caso, l'eventuale rimborso sarà calcolato sulla base delle tariffe previste per la forma indiretta.

Il rimborso in forma diretta potrebbe non essere riconosciuto alla Struttura interessata nel caso in cui non vengano soddisfatti gli obblighi previsti nel Nomenclatore – Tariffario in vigore, ovvero anche nel caso in cui l'assistito non consegni le eventuali radiografie, le foto, etc. eventualmente in suo possesso necessarie per il completamento della pratica.

VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA GRATUITA DURANTE TUTTO L'ANNO 2025

L'elenco delle Strutture Sanitarie Odontoiatriche evidenzia le strutture che offrono la visita specialistica odontoiatrica gratuita (una visita per singolo assistito), della quale si può usufruire durante tutto l'arco dell'anno 2025.

AVVERTENZE AMMINISTRATIVE/SANITARIE PER LA FORMA DIRETTA

SOLO ONLINE

Si ricorda che:

- A** gli Iscritti che fruiscono di prestazioni sanitarie odontoiatriche in forma diretta non devono per nessun motivo inviare per richiedere il rimborso, né in formato cartaceo né in modalità digitalizzata, le fatture/ricevute loro consegnate in originale dalle Strutture Sanitarie, in quanto il Fondo riconosce il massimo rimborso previsto, in nome e per conto dell'Iscritto od avente diritto, direttamente alle Strutture Sanitarie, sulla base della documentazione trasmessa al Fasi dalle Strutture Sanitarie stesse;
- B** **gli Iscritti devono obbligatoriamente farsi rilasciare direttamente dalle Strutture Sanitarie convenzionate** con il Fondo, al momento del pagamento della quota a proprio carico, gli originali delle fatture/ricevute (relative sia alla quota di loro spettanza sia alla quota di competenza del Fasi) senza inviarli al Fondo. Il Fasi non effettua servizio copie indipendentemente dalla tipologia di documentazione;
- C** alcune prestazioni non sono rimborsabili dal Fondo. Al fine di evitare equivoci, nei casi dubbi, gli Iscritti possono contattare la Centrale Informativa Sanitaria Odontoitrica del Fasi al numero 06.518911 opzione 1 per ottenere i necessari chiarimenti; a tal proposito si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria e/o gli operatori degli altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di protezione dei dati personali e delle ultime modificazioni/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrative riferibili all'Iscritto/ assistito, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti. Il Fondo, per il tramite degli operatori autorizzati, si riserva la facoltà di NON rilasciare informazioni/indicazioni telefoniche a soggetti diversi dal titolare della posizione;
- D** gli Iscritti dovranno sottoscrivere, al termine delle prestazioni fruite e dopo aver preso visione della documentazione di spesa che la Struttura Sanitaria convenzionata inoltrerà al Fondo, l'apposito modulo predisposto dal Fasi, in possesso delle Strutture Sanitarie convenzionate, che dovrà essere conservato a cura della stessa Struttura e messo a disposizione in originale, qualora il Fondo ne facesse richiesta nell'ambito dei consueti controlli. **Si ricorda alle Strutture e agli Iscritti 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 Sanitaria:
- o conferma, con la sottoscrizione, di aver eseguito le prestazioni oggetto della richiesta di rimborso stessa, nella totalità della richiesta (non essendo ammessa al rimborso una richiesta anticipata per prestazioni da fruire) e di aver terminato il ciclo di cure, della di cui fatturazione, nella data specificata;
 - o autorizza le Strutture Sanitarie Odontoiatriche a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili dal Fasi. In caso contrario si impegna a saldarle in proprio nella totalità e secondo le tariffe massime previste;
 - o scioglie dal segreto professionale (nei confronti del Fasi e suoi collaboratori) i medici-chirurghi-odontoiatri che lo hanno tenuto in cura;
 - o dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico, di cui non ha diritto ad ulteriore rimborso da parte del Fasi;
 - o si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso e della documentazione sanitaria inoltrata con la stessa, il Fasi rilevasse come non rimborsabili;
 - o si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente alla erogazione delle stesse da parte della Struttura, non risultassero liquidabili per la perdita del diritto alla assistenza da parte del Fondo;
 - o si impegna, a norma di quanto previsto dall'art. 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, nei limiti di quanto il Fasi ha pagato in nome e per conto dell'Iscritto;

- o autorizza la Struttura Sanitaria ad inoltrare al Fasi, IWS (Industria Welfare e Salute) e loro collaboratori copia della documentazione di spesa e quanto necessario per ottenere i rimborsi da parte del Fasi;
- o concede il “consenso” al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, in conformità con quanto previsto dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 ;

E

solo per le prestazioni relative alla Prevenzione delle Malattie Sistemiche, la Struttura Sanitaria Odontoiatrica convenzionata, tre mesi dopo l'approvazione del “Piano di Cure” precedentemente concordato con l'Iscritto/assistito, può richiedere al Fasi l'acconto del 50% del Pacchetto Prevenzione precedentemente individuato ed autorizzato dal Fondo.

In tal caso, l'Iscritto/assistito, dovrà firmare il modulo denominato “Dichiarazione della Struttura Sanitaria Odontoiatrica - Trattamento in corso a firma dell'Iscritto/assistito”, con il quale lo stesso conferma di aver effettivamente iniziato il trattamento in questione ed autorizza il Fondo al pagamento del già richiamato acconto. Al termine delle cure previste dal pacchetto approvato in via preventiva dal Fasi, la Struttura Sanitaria Odontoiatrica chiederà il saldo del restante 50% oppure, laddove non sia stato richiesto alcun acconto, dell'intero ammontare del pacchetto. Si ricorda alle Strutture e agli Iscritti che ogni pacchetto prevenzione è costituito da un insieme di prestazioni che obbligatoriamente dovranno essere eseguite secondo numero e metodica indicata nel pacchetto stesso (non sono previste altre modalità) pertanto, qualora in fase consuntiva (saldo del restante 50% o dell'intero ammontare del pacchetto) la riabilitazione effettuata dovesse non essere conforme a quanto preventivamente autorizzato dal Fasi, pur rimanendo fermi gli importi concordati, l'intera spesa sarà revisionata secondo il Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore, quindi al di fuori dell'ambito Prevenzione e, qualora la riabilitazione eseguita trovasse corrispondenza con quanto dal Nomenclatore contemplato, la stessa potrebbe essere riconosciuta nei limiti della spesa effettivamente sostenuta, fermo restando il rispetto delle condizioni previste per le singole prestazioni. Qualora la riabilitazione non potesse essere convertita, perché non prevista e/o per superamento limiti, l'intera spesa sarà a carico dell'assistito (nel caso di erogazione di un acconto da parte del Fondo, questo sarà recuperato dallo stesso);

F

gli esami radiografici (Ortopanoramica e/o “Dentascan o CBCT Cone Beam Computed) effettuati per accedere ai Pacchetti della Prevenzione delle Malattie Sistemiche, se eseguiti presso la stessa Struttura Sanitaria Odontoiatrica che esegue il pacchetto prevenzione, saranno da quest'ultima obbligatoriamente fatturati a totale carico del Fondo senza alcuna eccedenza per l'Iscritto. Anche in questo caso la Struttura Sanitaria convenzionata dovrà consegnare gli originali delle fatture all'Iscritto/assistito ed inoltrare al Fondo, per via telematica, copia della documentazione di spesa (regolarmente assoggettata all'imposta di bollo). Qualora gli esami venissero effettuati presso altra Struttura si seguirà il normale iter di rimborso che potrebbe prevedere il saldo di una eccedenza da parte dell'Iscritto/assistito.

CENTRALE INFORMATIVA SANITARIA ODONTOIATRICA

La Centrale Informativa Sanitaria del Fasi è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, al numero telefonico:

06.518911 opzione 1

Gli Iscritti, contattando la Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica, possono ottenere i seguenti servizi/informazioni, in ambito sanitario:

- informazioni sulle prestazioni sanitarie offerte in forma diretta presso le Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate rientranti nel network riconosciuto dal Fondo;
- informazioni sulle Strutture Sanitarie Odontoiatriche che hanno aderito al Progetto Prevenzione Odontoiatrica:
 - Prevenzione del Cancro del Cavo Orale;
 - Prevenzione Pedodontica: Prevenzione Bambini (prevenzione carie); Prevenzione passiva dei disturbi della deglutizione;
 - Prevenzione di Patologie Parodontali in Gravidanza;
 - Prevenzione delle Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia;
- elenco dei poliambulatori diagnostici convenzionati in forma diretta con il Fondo, presso i quali è possibile eseguire gli accertamenti diagnostici (Ortopantomografia; Telecranio; Dentascan/CBCT) descritti tra gli "obblighi" amministrativi;
- chiarimenti sulle procedure in vigore per il Fasi da seguire per usufruire dei rimborsi in odontoiatria, sia in forma diretta che indiretta;
- informazioni sulle prestazioni che il Fasi NON riconosce come rimborsabili;
- informazioni e verifiche sulle tariffe adottate dalle Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate, per prestazioni da eseguire o eseguite in forma diretta, comprese le eventuali eccedenze massime, a totale carico degli Iscritti;
- supporto, in caso di prestazioni eseguite in forma indiretta sia in Italia che all'estero, per la corretta compilazione del "Modello Unificato" o della "Richiesta Trimestrale di rimborso prestazioni Odontoiatriche";
- chiarimenti sugli esiti dei "Piani di Cure" o sulle eventuali sospensioni medico/amministrative delle richieste di rimborso (quest'ultime di forma indiretta), eventualmente anche con l'ausilio dei Consulenti medico-odontoiatri, qualora si rendesse necessario in relazione al quesito posto.

Si precisa che gli operatori della Centrale Informativa Sanitaria Odontoiatrica e/o gli operatori di altri servizi, in linea con quanto disciplinato in materia di protezione dei dati personali e delle ultime modificazioni/integrazioni in materia, prima di rilasciare indicazioni telefoniche e fornire informazioni di natura sanitaria e/o amministrativa riferibili agli Iscritti/assistiti, richiederanno conferma di dati a mezzo di domande al fine di identificare in modo corretto l'interlocutore a cui saranno rilasciati chiarimenti. Il Fondo, per il tramite degli operatori autorizzati, si riserva la facoltà di NON rilasciare informazioni/indicazioni telefoniche a soggetti diversi dal titolare della posizione.

NOTA BENE: *per informazioni inerenti problematiche di tipo anagrafico/contributivo, stato di lavorazione delle richieste di prestazioni, liquidazioni, interpretazioni statutarie, sono a disposizione degli Iscritti anche i seguenti servizi:*

- Area Riservata del sito www.fasi.it (attivo tutti i giorni, 24 ore al giorno)
Il servizio è accessibile mediante il numero di posizione e la password. Attraverso tale servizio gli Iscritti possono verificare la propria posizione anagrafica/contributiva, lo stato di avanzamento delle richieste di prestazioni, stampare gli “Esiti dei Piani di Cure”, assumere informazioni generali sulle Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta etc. Lo stesso servizio permette di effettuare, oltre alle consuete operazioni, anche la “Gestione del nucleo familiare”, l’inoltro dei “Piani di Cure” e delle “Richieste di rimborso indirette per prestazioni odontoiatriche in modalità online”.
- Servizi Informativi Telefonici Automatici (n. 06.518911 opzione 9)
Il servizio vocale consente di formulare un quesito ed essere ricontattati al più presto.
- Servizi Informativi Telefonici con Operatore (n. 06.518911 opzione 2)
Tali servizi sono attivi tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 18.00. Attraverso tali servizi è possibile ottenere informazioni esclusivamente di tipo regolamentare e amministrativo.
- Servizio di assistenza al sito del Fasi (www.fasi.it) con Operatore (n. 06.518911 opzione 3)
Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 18.00.
L'Help Desk può essere contattato come supporto:
 - per tutte le problematiche relative all'accesso alla propria Area Riservata;
 - per la navigazione del sito del Fasi (www.fasi.it);
 - per l'utilizzo delle procedure online di inoltro dei “Piani di Cure”, delle Richieste di Rimborso per prestazioni sanitarie, delle Richieste di Revisione secondo quanto previsto dal Regolamento, della documentazione integrativa relativa alle richieste di rimborso dematerializzate sospese;
 - per l'utilizzo dei servizi dispositivi previsti.

Si prega di rivolgersi a questo servizio avendo a disposizione il dispositivo tramite il quale si accede alla propria Area Riservata ed il proprio numero di posizione Fasi.

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE A RIMBORSO

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata (in base alla legge n. 71/2013 di conversione con modificazioni del Decreto Legge n. 43/2013) in € 2,00 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone. Per alcuni soggetti autorizzati dagli organi competenti tale imposta può essere assolta in modo virtuale, in questo caso, sarà esplicitamente riportato all'interno della documentazione di spesa che recherà indicazione anche del numero di autorizzazione;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% ed il 500% del tributo dovuto;
- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti.

Il Fasi, qualora riceva dai propri Assistiti, piuttosto che dalle Strutture Sanitarie convenzionate, ai fini del rimborso, atti o documenti privi di marca o bollo a punzone, ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa, è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro.

Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte del Fasi, l'Iscritto o la Struttura Sanitaria Odontoiatrica convenzionata in forma diretta indipendentemente dalla modalità di fatturazione (cartacea o elettronica introdotta a partire dal 1.1.2019) deve presentare al Fasi stesso fatture in fotocopia (o copia digitalizzata) regolarmente assoggettate ad imposta di bollo, ove previsto.

Gli Iscritti sono obbligati dalle norme vigenti in materia a pagare in proprio la marca da bollo anche per le fatture/ricevute sanitarie emesse da Strutture Sanitarie e/o da medici-chirurghi-odontoiatri convenzionati in forma diretta. Il costo della marca da bollo non è rimborsato dal Fondo.

GLOSSARIO GENERALE

- **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, fermi 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, 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 fisikinesiterapici, 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 la ritenga necessaria 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'ultime 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 di 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 fisiatria 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:** provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali e/o strumentali cruente 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 fisiokinesiterapia, 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 di titolo di specializzazione 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** e 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 omnicomprendente 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 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 DIAGNOSTICO:** 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 possono essere eseguite in regime ambulatoriale e per la di cui approvazione da parte del Fondo in regime di ricovero (qualsiasi), 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 rieducare 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 fisioterapia e riabilitazione, oppure ancora, in particolari casi presso il domicilio del paziente (vedi anche voce "Fisioterapia").
- **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 e/o cure, interventi/procedure terapeutiche 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 stesso nei limiti della spesa effettivamente sostenuta), ove ogni tariffa esposta ha il significato di "fino ad €."
- **TERAPIA OCCUPAZIONALE:** terapie volte 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:** 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.
- **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:** Il Fasi non prevede la compartecipazione alla spesa per Visite specialistiche Odontoiatriche e/o Visite specialistiche Odontostomatologiche. 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 ODONTOIATRIA FASI 1.1.2025

SEZIONE R. - PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE

Premesse generali:

Per prestazioni chirurgiche in sala operatoria, in regime di ricovero notturno od in Day Hospital, con anestesia generale, fare riferimento al Tariffario di medicina e chirurgia vigente. Tali prestazioni saranno rimborsabili solo se eseguite in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti. Le prestazioni eseguite in tale regime non sono proponibili secondo l'iter odontoiatrico, pertanto non saranno soggette alla presentazione preventiva del "Piano di Cure" e dovranno essere richieste secondo l'iter delle spese mediche generiche (sempre nei termini e modi previsti dal Regolamento). Il rimborso delle prestazioni odontoiatriche avverrà comunque nei limiti di quanto previsto dal Nomenclatore – Tariffario odontoiatria in vigore, mentre, per quanto riguarda le altre prestazioni, si farà riferimento alle regole e al Tariffario di medicina e chirurgia vigente. Anche per le cure odontoiatriche eseguite in corso di ricovero, rimangono validi i limiti e gli obblighi previsti per le singole prestazioni (esposte nel Nomenclatore – Tariffario odontoiatrico in vigore). Si ricorda che, oltre alla documentazione citata, nel caso di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata alla richiesta di rimborso, documentazione medica in cui sia evidenziabile un quadro sistemico critico per la salute del paziente che ha reso necessario l'esecuzione delle prestazioni in regime di ricovero. In tal caso, sala ambulatoriale (diversa dalla sala operatoria), i medicinali, i materiali sanitari, le suture di qualsiasi tipo e l'anestesia di qualsiasi tipo (diversa dall'anestesia generale indipendentemente dall'età e dalla sedazione con protossido per le fasce di età identificate e nei limiti previsti) si intendono compresi all'interno delle tariffe massime previste per le singole voci odontoiatriche.

Tutte le prestazioni non indicate nel presente Nomenclatore – Tariffario sono da considerarsi come non rimborsabili (alcuni esempi di prestazioni non rimborsabili sono riportate nel capitolo "Modalità di Fatturazione"). È compresa in qualsiasi prestazione, ove necessaria, l'anestesia locale, la sedazione cosciente e la sedazione profonda (ad eccezione della sedazione con protossido per la fascia di età individuata e nei limiti previsti), compartecipazione anestesista/tecnici/assistenti/aiuti, medicinali e materiali, utilizzo sala ambulatoriale/poltrona.

I nuovi codici della sezione Pedodonzia (tutti) non sono sovrapponibili, in termini temporali e quantitativi, ai codici della sezione "adulti" (e viceversa) ovvero, rimangono validi i termini temporali di rimborsabilità anche nel caso di passaggio da una fascia di età all'altra.

Parodontologia

Premesse specifiche di sottobranca:

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia (adulti e/o Pedodonzia) non sono sovrapponibili sulle stesse arcate o emiarcate (indipendentemente dalle fasce di età). I codici 2585-30313 non sono rimborsabili in associazione al codice 2616 (intervento di rialzo del seno mascellare) se l'emiarcata interessata è edentula. Il codice progressivo 2587 comprende la correzione di lievi difetti ossei tramite inserimento di biomateriali per preservazione di alveolo post estrattivo, coperture di spire implantari esposte in fase chirurgica, trattamento di perimplantiti, terapia/chirurgia parodontale (biomateriali, membrane ed eventuali viti di fissaggio sono comprese nel codice stesso). Il codice 2589 "Splintaggio interdentale" è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali a partire dai 25 anni compiuti e non può, pertanto, essere utilizzato a supporto della terapia ortodontica né assimilato alla contenzione ortodontica (identificati da appositi codici). I codici 2588-30315 "Levigatura radicolare" non sono assimilabili all'ablazione tartaro né all'igiene orale (prestazioni identificate con apposito codice per specifiche fasce di età). Poiché tutti i pacchetti relativi alla "Prevenzione delle Malattie Sistemiche

attraverso il Trattamento dell'Edentulia" prevedono interventi di Chirurgia Parodontale, questi concorrono alla valorizzazione dei limiti temporali e sono anch'essi soggetti alla verifica dei limiti.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2583	Chirurgia gengivale per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) a partire dai 17 anni	170,00	170,00	Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
2584	Chirurgia muco-gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) – a partire dai 17 anni	265,00	265,00	Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
2585	Chirurgia ossea (incluso qualsiasi tipo di lembo di accesso - inclusa sutura) trattamento completo per emiarcata – a partire dai 17 anni	269,00	269,00	Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
2586	Gengivectomia come unica prestazione - per emiarcata – a partire dai 17 anni	80,00	80,00	Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
2587	Inserimento di materiale biocompatibile (incluso qualsiasi tipo di lembo) - per emiarcata	353,00	353,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata.
2588	Levigatura radicolare e courettage gengivale (per emiarcata) – a partire dai 17 anni	40,00	40,00	Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 2 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica). Prestazione non assimilabile all'ablazione tartaro o igiene orale.
2589	Splintaggio interdentale - qualsiasi materiale impiegato - solo per problematiche parodontali a partire dai 25 anni di età - per emiarcata	70,00	70,00	Limiti Rimborso a partire dai 25 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata

Chirurgia Orale

Premesse specifiche di sottobranca:

Sono compresi nelle relative prestazioni/cure i trattamenti di emorragia post extrationem; le medicazioni chirurgiche. Il codice 2591 non è assimilabile al riposizionamento apicale (allungamento corona clinica) e/o al trattamento di Apacificazione. Il codice 2592 è rimborsabile esclusivamente se corredato da relativo referto istologico (non sono previste deroghe). I codici 2593-30317 sono già comprensivi della competenza dell'ortodontista per l'ancoraggio. Il codice 2593 essendo rimborsabile solo a partire dal 21esimo anno (20 anni + 1 giorno) non può essere richiesto in associazione ai codici della sezione "Pedodonzia-Ortodonzia" (codice dedicato nella sezione di "Pedodonzia – Chirurgia Orale"). I codici delle estrazioni sono applicabili solo agli elementi naturali (non assimilabile all'estrazione/ rimozione di impianto) nella loro interezza (non è rimborsabile l'estrazione di frammenti). Il codice 2594 è riconosciuto esclusivamente in caso di estrazione di elemento permanente (in caso di estrazione di elemento deciduo fare riferimento ai codici della sezione "Pedodonzia-Chirurgia Orale"). Il codice 2595 è rimborsabile solo su elementi dentari naturali mai erotti in arcata (non applicabile in caso di "Germectomia" identificato da apposito codice nella sezione "Pedodonzia – Chirurgia Orale") mentre il codice 2596 è rimborsabile solo su elementi permanenti parzialmente erotti (non assimilabile ad estrazione di elemento dentario fratturato). Non è rimborsabile l'espianto ed il successivo reimpianto di elemento dentario naturale. Il codice 2597 è rimborsabile solo in presenza di protesi rimovibili definitive pregresse o contestuali. Il codice della "Frenulotomia o Frenulectomia" è rimborsabile una sola volta per arcata indipendentemente dal codice/fascia di età. I codici 2600 e 2601, autorizzabili solo su elementi pluriradicolati e trattati endodonticamente non sono compatibili sullo stesso elemento dentario. Il codice 2600 è già comprensivo dell'estrazione della radice. Il codice 2645 è applicabile a piccoli interventi di chirurgia orale a partire dal 17esimo anno (16 anni + 1 giorno), non ricompresi nelle altre sottobranche e/o non riconducibili ad altre voci di chirurgia. Il codice 2645 non è utilizzabile per la scopertura degli impianti (compreso nella prestazione stessa) e/o per inserimento di materiale/medicinale nelle tasche parodontali. Il Fasi si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva e/o dettagli e/o relazioni mediche relative agli interventi del di cui codice 2645.

L'anestesia generale indipendentemente dalla fascia di età (comprensivo delle competenze del professionista e dei relativi farmaci/medicinali) è rimborsabile unicamente per gli interventi di chirurgia odontostomatologica, in regime di ricovero (se rientrante nelle casistiche previste e se non associato ad altre tipologie di interventi), con le modalità indicate nelle "Premesse Generali". Non è previsto il rimborso di qualsiasi tipo di anestesia (ad eccezione della sedazione con protossido nei limiti e fasce di età identificate), differente da quella generale, per tutti gli altri casi le spese relative all'anestesia/sedazione cosciente/sedazione profonda sono comprese nelle tariffe di rimborso delle prestazioni odontoiatriche stesse. Sono comprese nelle singole prestazioni, laddove necessario, le suture di qualsiasi tipo, i materiali ed i medicinali.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2590	Anestesia generale – solo in corso di ricovero (dai 17 anni – a ricovero)	258,00	Non Prev.	<p>Limiti Rimborsabile a partire dal 17esimo anno. Unicamente se eseguita in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate dalle autorità competenti. Unicamente in regime di ricovero. Non rimborsabile in forma diretta</p> <p>Obblighi Copia cartella clinica completa (e della cartella anestesologica firmata) dove risultino il quadro sistemico critico per la salute del paziente e/o le limitazioni funzionali che rendono necessario l'intervento in regime di ricovero e la partecipazione del Medico Anestesista.</p>
2591	Apicectomia compresa otturazione retrograda - per elemento - qualsiasi numero di radici – a partire dai 17 anni	170,00	170,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento</p>
2592	Biopsie, qualsiasi tipo, qualsiasi numero, qualsiasi regione cavità orale, compresa lingua o asportazione di cisti mucose, piccole neoplasie o piccole lesioni simil-neoplastiche, escluso esame istologico	80,00	80,00	<p>Limiti Rimborsabile 1 volta per piano terapeutico indipendentemente dal numero o dalla regione della cavità orale</p> <p>Obblighi Copia referto Istologico</p>
2593	Disinclinazione denti ritenuti per elemento (comprensivo della prestazione dell'ortodontista per ancoraggio) – a partire dai 21 anni	200,00	200,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 21esimo anno. Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt oppure Rx endorale pre cure che mostri chiaramente l'elemento naturale da disincludere</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2594	Estrazione di dente o radice (semplice o complessa) di elemento permanente comprese eventuali suture - ad elemento naturale	75,00	75,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente.</p>
2595	Estrazione di dente, compreso III molare, in inclusione ossea totale - solo per elementi mai erotti in arcata – (escluso germectomia) comprese eventuali suture ad elemento naturale	170,00	170,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Non applicabile in caso di germectomia.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt oppure Rx endorale pre cure che mostri chiaramente l'elemento naturale in inclusione ossea totale.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2596	Estrazione di III molare, in inclusione ossea parziale - solo per elementi parzialmente erotti in arcata - comprese eventuali suture ad elemento naturale	150,00	150,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Applicabile solo ai III molari/ottavi/denti del giudizio parzialmente inclusi.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt oppure Rx endorale pre cure che mostri chiaramente l'elemento naturale in inclusione ossea parziale.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2597	Interventi di chirurgia preprotetica in casi di edentulia parziale o totale - solo in presenza di protesi mobili definitive pregresse o contestuali - per emiarcata	156,00	156,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni</p>
2598	Frenulotomia o frenulectomia per arcata – a partire dai 17 anni	83,00	83,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile sulla stessa arcata indipendentemente dalla fascia di età.</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2645	Interventi di chirurgia orale – a partire dai 17 anni	65,00	65,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Applicabile solo a piccoli interventi di chirurgia orale non ricompresi nelle sottobranchie e/o non riconducibili ad altre voci di chirurgia. Non assimilabile: allo scollamento del solco gengivale; alla scoperta degli impianti; inserimento di biomateriali nelle tasche parodontali.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO Dichiarazione dell'odontoiatra curante che specifichi il tipo di intervento che si prevede di eseguire.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2600	Rizectomia (compreso lembo di accesso ed estrazione di radice) solo per elementi pluriradicolarati trattati endodonticamente - per elemento	103,00	103,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Non associabile alla Rizotomia del medesimo elemento dentario</p>
2601	Rizotomia (compreso lembo di accesso) - solo per elementi pluriradicolarati trattati endodonticamente - per elemento	62,00	62,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Non associabile alla Rizotomia del medesimo elemento dentario</p>

Conservativa

Premesse specifiche di sottobranchia:

È rimborsabile solo un'otturazione per elemento dentario indipendentemente dalla classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente, ogni 3 anni. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il riattacco di frammento; il trattamento chimico per l'ipersensibilità; le otturazioni, qualsiasi tipo, contestualmente ai codici 2609-30326 e/o alla cura canalare (decidui o permanenti) e/o al ritrattamento endodontico (qualsiasi numero di radici – deciduo o permanente) dello stesso elemento dentario. Le otturazioni, di qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente, non sono rimborsabili contestualmente ai codici 2603 - 2632 - 30323 richiesti per lo stesso elemento dentario, altresì tutte le otturazioni (qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente) non sono rimborsabili in associazione ai codici 2591 "Apicectomia", 30304 "Apecificazione", 2613-30329 "Pulpotomia", 2623 - 30331 "Ricostruzione moncone". I codici 2609 - 30326 sono rimborsabili solo su elementi dentari devitalizzati (contestualmente o precedentemente trattati), quindi il rimborso dei codici 2609 - 30326 implica l'avvenuto trattamento dell'elemento (indipendentemente se liquidato o meno dal Fondo). I codici 2609 - 30326, 2603, 2632 - 30323 e le otturazioni di qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente non sono rimborsabili sugli elementi dentari per cui risulta liquidato o comunque riabilitati con un "Perno moncone" cod. 2622 (indipendentemente dal materiale utilizzato). I codici 2603 - 2632 - 30323 non sono rimborsabili sul gruppo anteriore (da canino a canino) e non sono assimilabili alle faccette protesiche e/o alle corone protesiche $\frac{3}{4}$ siano esse definitive o provvisorie. I codici 2602 - 30322 e le otturazioni, qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente non sono assimilabili alle sigillature di elementi dentari (rimborsabili esclusivamente nell'ambito del Progetto Prevenzione nei limiti e alle condizioni specificate). I codici 2591-2602-30322 non sono assimilabili al trattamento di Apecificazione (identificato da apposito codice nella sezione "Parodontologia - Chirurgia Orale" per specifiche fasce di età) ed Apexogenesi (quest'ultima non rimborsabile).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2602	Incappucciamento della polpa diretto – diretto/indiretto - ad elemento permanente - dai 17 anni	30,00	30,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2603	Intarsio in Ip (oro) o ceramica integrale inlay o onlay o overlay comprensivo di build up e provvisorio ad elemento permanente – indiretto - dai 17 anni	250,00	250,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni (indipendentemente se permanente o deciduo, materiale e/o metodica). Applicabile solo ad elementi permanenti e non sovrapponibile ad altri codici di Intarsio. Non rimborsabile sul gruppo anteriore (da canino a canino).</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA</p>
2632	Intarsio in resina o in composito o cad cam - inlay o onlay o overlay comprensivo di build up e provvisorio - ad elemento permanente - diretto/indiretto - dai 17 anni	120,00	120,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni (indipendentemente se permanente o deciduo, materiale e/o metodica). Applicabile solo ad elementi permanenti e non sovrapponibile ad altri codici di Intarsio. Non rimborsabile sul gruppo anteriore (da canino a canino).</p>
2650	Otturazione di cavità di 1° - 3° - 5° classe - qualsiasi materiale - ad elemento permanente dai 17 anni	60,00	60,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente dalla classe, dall'età e non associabile ad altri codici di otturazione (qualsiasi)</p>
2667	Otturazione di cavità di 2° - 4° classe - qualsiasi materiale - ad elemento permanente dai 17 anni	70,00	70,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente dalla classe, dall'età. Non associabile ad altri codici di otturazione (qualsiasi)</p>
2609	Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno di elementi dentari decidui o permanenti devitalizzati (contestualmente o precedentemente trattati) ad elemento – dai 17 anni	80,00	80,00	<p>Limiti Rimborso a partire dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni. Non rimborsabile in associazione ai codici 2603 – 2632-30323 (compresa in tutti questi)</p>

Endodonzia

Premesse specifiche di sottobranchia:

Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il trattamento perforazioni con comunicazioni endodonto-parodontali; otturazioni qualsiasi tipo/fascia di età/elemento deciduo o permanente contestualmente alla cura canalare (deciduo o permanente) e/o al ritrattamento endodontico dello stesso elemento dentario (qualsiasi numero di radici – deciduo o permanente); la ricostruzione coronale pre-endodontica. Non sono rimborsabili le medicazioni di pronto soccorso endodontico. I codici 2613-30329 non sono rimborsabili in associazione ai codici 2614 – 2668 – 2669 - 30330. I codici 2614 – 2668 – 2669 - 30330 non sono tra loro sovrapponibili sullo stesso elemento dentario e non sono rimborsabili in associazione alla cura canalare (qualsiasi codice – deciduo o permanente).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2610	Cura canalare completa 1 canale (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento permanente - comprese rx endorali	140,00	140,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Non si somma ad altre voci di cura canalare (qualsiasi numero di canali) e/o ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali)</p>
2611	Cura canalare completa 2 canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento permanente - comprese rx endorali	170,00	170,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Non si somma ad altre voci di cura canalare (qualsiasi numero di canali) e/o ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali)</p>
2612	Cura canalare completa 3 o più canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento permanente - comprese rx endorali	230,00	230,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Non si somma ad altre voci di cura canalare (qualsiasi numero di canali) e/o ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali)</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2613	Pulpotomia e otturazione della camera pulpare o pulpectomia e otturazione provvisoria per qualsiasi numero di canali - ad elemento permanente - comprese rx endorali	52,00	52,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente
2614	Ritratamento endodontico di elemento ad 1 canale (compresa qualsiasi tipo di otturazione della cavità di accesso, compresa l'eventuale rimozione di perni endocanalari) ad elemento permanente comprese rx endorali	160,00	160,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente. Non si somma ad alte voci di ritratamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali)
2668	Ritratamento endodontico di elemento a 2 canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione della cavità di accesso, compresa l'eventuale rimozione di perni endocanalari) ad elemento permanente comprese rx endorali	220,00	220,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente. Non si somma ad alte voci di ritratamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali)
2669	Ritratamento endodontico di elemento a 3 o più canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione della cavità di accesso, compresa l'eventuale rimozione di perni endocanalari) ad elemento permanente comprese rx endorali	250,00	250,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente. Non si somma ad alte voci di ritratamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali)

Implantologia

Premesse specifiche di sottobrancia:

La dima prechirurgica e/o radiologica non è rimborsabile e non è assimilabile ad alcun tipo di bite o protesi rimovibile di qualsiasi tipo. È rimborsabile un solo codice 2615 per sede dentaria (nominale ed anatomica) indipendentemente dal numero di radici del dente naturale da sostituire e indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare. Il codice 2615 non è utilizzabile per i mini impianti ortodontici (non rimborsabili). Non sono rimborsabili altre tipologie di impianti oltre a quelli osteointegrati. La sede di imputazione del codice 2615 è quella occupata dall' "emergenza" della fixture. La mesostruttura di ricostruzione su impianti (abutment) non è rimborsabile separatamente dal corrispettivo impianto e comunque è rimborsabile esclusivamente con il codice 2670, valido solo per la componentistica protesica di ricostruzione definitiva (non assimilabile alla vite di guarigione, vite tappo, abutment provvisorio). Il codice 2670 deve essere richiesto contestualmente al relativo impianto sia in fase di piano di cure, sia in fase di rimborso, ovvero la richiesta deve essere contestuale in tutte le fasi. Il codice 2616 si riferisce a piccolo e grande rialzo di seno mascellare, espansione orizzontale e/o verticale di cresta, innesti a blocco, per atrofie severe che necessino di trattamento rigenerativo propedeutico o contestuale all'inserimento di fixture implantari (biomateriali, membrane ed eventuali viti di fissaggio sono comprese nel codice stesso). Poiché tutti i pacchetti relativi alla "Prevenzione delle Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia" prevedono il posizionamento di impianti osteointegrati, componentistica protesica su impianti, questi concorrono alla valorizzazione dei limiti temporali e sono anch'essi soggetti alla verifica dei limiti.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2615	Impianti osteo-integrati (qualsiasi tipo, compreso impianti zigomatici o pterigoidei ed esclusi mini impianti ortodontici o impianti diversi da quelli osteo-integrati) per sede dentaria	790,00	790,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile nella stessa sede dentaria indipendentemente dalla dimensione dello spazio edentulo da riabilitare. Non assimilabili ad impianti muco-periostei/sotto-periostei o similari.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale o Dentascan/CBCT. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale post intervento (impianto posizionato). Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2616	Intervento di rialzo del seno mascellare (piccolo o grande) e/ o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica). trattamento completo comprensivo di prelievo di osso autologo intraorale o extraorale e di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per emiarcata.	568,00	568,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sulla stessa emiarcata. Non rimborsabile in associazione alla voce di "Inserimento di materiale biocompatibile".</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale o Dentascan/CBCT. POST-TRATTAMENTO: Opt post intervento oppure Foto Intraoperatoria. Descrizione dettagliata dell'intervento eseguito. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2670	Componentistica protesica su impianti (qualsiasi tipo) - contestualmente alla richiesta del corrispettivo impianto - ad impianto per sede dentaria	50,00	50,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile nella stessa sede. Rimborso solo per componentistica definitiva e solo contestualmente al relativo impianto (sia in fase di piano di cure sia in fase di richiesta di rimborso).</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Dentascan/CBCT pre intervento. POST-TRATTAMENTO: Opt post intervento o RX Endorale post posizionamento componentistica di ricostruzione definitiva. Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

Protesi

Premesse specifiche di sottobranca:

Qualsiasi prestazione di protesi, indipendentemente dal codice progressivo, non è rimborsabile nella stessa sede (elemento naturale permanente e/o deciduo o impianto che sostituisce lo stesso elemento) prima dei 5 anni dalla data del trimestre a cui si riferisce la fattura di saldo della prestazione precedentemente liquidata indipendentemente dai motivi che hanno reso necessario il rifacimento o sostituzione della protesi. Nel caso di protesi totali definitive (qualsiasi tipologia), non potranno essere rimborsate altre tipologie di riabilitazioni protesiche definitive (indipendentemente se di natura ordinaria o relative al Progetto Prevenzione) prima dei 5 anni sulla stessa arcata anche in presenza di sistemi terapeutici innovativi. Si precisa che le protesi totali (codici 2629 – 2630) sono riferibili a protesi mobili senza supporto implantare. I codici 21997 – 21998 sono riferibili ad una o più tecniche implantologiche per riabilitazioni protesiche ancorate od avvitate che non prevedono sottostrutture (riabilitazioni impianto protesiche di tipo fisso-rimovibile o rimovibile). Il codice 30305 è riferibile ad una tecnica protesica su impianti per cui il manufatto protesico definitivo consta di 2 unità, ovvero una sottostruttura ancorata agli impianti ed un manufatto, tipo protesi totale senza flange, avvitato alla sottostruttura (riabilitazioni impianto protesiche di tipo fisso-rimovibile 2 pezzi). Le riabilitazioni tipo full-arch su impianti si differenziano dalle altre per la presenza di fusioni e corone definitive avvitate o cementate (riabilitazioni impianto protesiche di tipo fisso). Il codice 2626 "Protesi scheletrata" è rimborsabile solo ed esclusivamente come riabilitazione parziale definitiva e non è rimborsabile, sulla stessa arcata, prima di 5 anni dal rimborso del codice 2674 (e viceversa) indipendentemente dall'eventuale variazione dell'estensione della protesi. Le voci di protesi parziale definitiva rimovibile, protesi scheletrata, protesi totale (qualsiasi tipologia) non sono rimborsabili contestualmente sulla stessa arcata e sono comunque soggette a limiti temporali. Non sono previste altre possibilità. Sono comprese/i nelle prestazioni/ cure: l'eventuale ceratura diagnostica; eventuali fresaggi/controfresaggi; la cementazione provvisoria e/o definitiva di protesi fissa. La mesostruttura di ricostruzione su impianti non è assimilabile al cod. 2622 "Perno moncone" o al cod. 2633 "Attacco di precisione" ed è rimborsabile esclusivamente con il codice specificato nella sezione Implantologia. Le protesi fisse definitive (corone definitive, intarsi, Maryland Bridge, mantentore di spazio per specifiche fasce di età) possono essere eseguite con tecniche CAD CAM direttamente dal medico odontoiatra, se in possesso del relativo macchinario, in tal caso come da disposizione del Ministero della Salute, il medico odontoiatra è tenuto a fornire, oltre quanto previsto dagli obblighi, apposita certificazione scritta, contenente avvertenze, controindicazioni, materiali utilizzati, numero del lotto del blocchetto di materiale (marcato CE), rintracciabilità dei materiali e tipologia di macchinario utilizzato per la realizzazione del manufatto. Le protesi telescopiche e/o corone doppie non sono

assimilabili alle corone complete (qualsiasi tipologia) ovvero, è rimborsabile una sola corona completa per elemento/impianto (sede nominale ed anatomica) nei limiti previsti dal Nomenclatore – Tariffario in vigore. Per la protesi telescopica fare riferimento al codice 2633 (comunque non rimborsabile su impianto e comunque soggetta a limiti temporali). La struttura di Maryland Bridge si intende solo come riabilitazione protesica definitiva essendo già comprensiva del relativo provvisorio e, pertanto, è soggetta a limiti temporali e di compatibilità. La struttura di Maryland Bridge è rimborsabile solo nelle sedi prive di pilastri protesici (impianti o elementi naturali) con elementi contigui non protesizzati (nessuna tipologia di protesi). Il codice 2633 non è rimborsabile su impianti senza protesi fissa ovvero, è rimborsabile esclusivamente l'attacco di precisione posizionato sulla corona protesica completa fissa definitiva. Il codice 2633 pur intendendosi completo dei componenti maschio-femmina deve essere indicato nella sede dell'ultima corona definitiva su cui viene posizionata la sezione maschile. Le faccette protesiche e/o le corone protesiche $\frac{3}{4}$ non sono rimborsabili e non sono assimilabili ai codici 2625 – 2671 – 2618 – 2619 - 30332 (indipendentemente dalla tecnica utilizzata). I codici delle Ribasature sono da intendersi esclusivamente per le protesi rimovibili e non sono assimilabili alla riparazione/modifica di protesi preesistenti (che a partire dal 01.04.2025 avranno un codice proprio). Il rimborso del codice 2622 preclude il successivo rimborso del codice 2609, 30326, 2603, 2632, 30323 e delle otturazioni, qualsiasi classe/fascia di età/ elemento deciduo o permanente e delle cure canalari (per quest'ultima fatta eccezione la contestualità della richiesta) indipendentemente se deciduo o permanente. Si ricorda che: i codici relativi alle "Protesi rimovibili parziali - per emiarcata" siano esse definitive o provvisorie, devono essere imputate in base alla zona edentula indipendentemente dall'estensione della protesi; la "sostituzione di gancio preesistente" codice 21994 è riconosciuto unicamente in caso di protesi definitive (non rimborsabile in associazione ai codici 2626 e protesi totali tutte); "aggiunta di elemento su protesi mobile" codice 21995 non è associabile alla protesi totale (qualsiasi tipologia) né a nuove protesi parziali definitive; la "riparazione di protesi mobile definitiva" è applicabile sia in caso di protesi totale definitiva preesistente sia in caso di protesi parziali definitive preesistenti. Altresì si ricorda che, il codice 2626 "Protesi scheletrata" può essere richiesto per le sole protesi parziali definitive corredate da una struttura di rinforzo in lega (da non confondere con la barra di ricostruzione su impianti). I pacchetti relativi alla "Prevenzione delle Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia" possono prevedere la ribasatura di protesi mobile e/o il posizionamento di protesi rimovibili (totali o parziali sia definitive che provvisorie), queste concorrono alla valorizzazione dei limiti temporali e sono soggette anch'esse ai limiti stessi.

Protesi fisse

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2671	Corona definitiva in polimeri rivestiti, metal free/ ceramic free, certificabili come materiale definitivo – per elemento/impianto – dai 17 anni	160,00	160,00	<p>Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente, dall'età, dai materiali e dalla dimensione dello spazio da riabilitare.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale.</p> <p>POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia Intraorale vestibolare-linguale post protesizzazione inferiore e vestibolare-palatale post protesizzazione superiore o immagine impronta digitale.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2618	Corona definitiva lega biomedicale/resina/composito certificabile come materiale definitivo (qualsiasi tipo) – per elemento/impianto – dai 17 anni	258,00	258,00	<p>Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dall'età, dai materiali e dalla dimensione dello spazio da riabilitare</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale prima della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale post protesizzazione. Per eventuali alternative fare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2619	Corona lp e ceramica – corona metal free (ceramica o materiali ceramici integrali/monolitici – sistemi cad cam) per elemento/impianto – dai 17 anni	560,00	560,00	<p>Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dall'età, dai materiali e dalla dimensione dello spazio da riabilitare</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings prima o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale post protesizzazione. Per eventuali alternative fare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2620	Corona provvisoria rinforzata o armata - per elemento/impianti – dai 17 anni	75,00	75,00	<p>Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare</p> <p>Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2672	Corona provvisoria in resina diretta o indiretta - per elemento/impianto – dai 17 anni	33,00	33,00	<p>Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare</p> <p>Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2622	Perno moncone fuso in Inp o lp o ceramici - per elemento naturale	80,00	80,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA o certificazione dell'odontoiatra se in fibra di carbonio o ceramica vetrosa. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2623	Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama solo per elementi naturali permanenti da riabilitare con corone protesiche (protesi fisse) - per elemento a partire dai 17 anni	70,00	70,00	<p>Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede.</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2624	Rimozione di corone per singolo pilastro. non rimborsabile in associazione alla richiesta di estrazione o di impianto osteo-integrato o in sedi intermedie di ponte o per corone in estensione	15,00	15,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede. Non applicabile alla rimozione di corone protesiche provvisorie. Limiti Rimborso non ripetibile prima di 3 anni nella stessa sede. Non assimilabile alle faccette protesiche. Non assimilabile alla riparazione di protesi mobile, qualsiasi tipo.
2625	Riparazione di singola corona protesica definitiva con ceramica o resina (solo per elementi precedentemente protesizzati con corone protesiche definitive e complete - non assimilabile alle faccette protesiche)	20,00	20,00	Obblighi PRE-TRATTAMENTO: foto intraorale o immagine impronta digitale della singola corona protesica da riparare. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure
2673	Struttura definitiva di Maryland Bridge o qualsiasi tipo di ponte adesivo (tipo intarsi sugli elementi prossimali alla sella edentula - elemento intermedio - struttura metallica di ancoraggio, ecc) qualsiasi materiale – non assimilabile al mantentore di spazio - comprensivo di provvisorio - per elemento/ sede edentula – dai 17 anni	415,00	415,00	Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella medesima sede indipendentemente dallo spazio da riabilitare. Solo per protesizzazione definitiva. Comprensivo delle strutture di appoggio. Non applicabile a sedi dentari i cui elementi contigui risultino riabilitati con corone protesiche definitive e/o provvisorie e/o impianti. Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale prima della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale post protesizzazione. Per eventuali alternative fare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure

Protesi rimovibili

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2626	Protesi scheletrata (struttura Inp o Ip, comprensivo di elementi - per riabilitare arcate parzialmente edentule) - per arcata	760,00	760,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata. Non rimborsabile in associazione ad altre riabilitazioni parziali definitive per arcata/emiarcata. Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure
2627	Protesi parziale definitiva rimovibile, comprensiva di ganci ed elementi (edentulia parziale monolaterale) per emiarcata	330,00	330,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata. Non rimborsabile in associazione ad altre riabilitazioni parziali definitive per arcata/emiarcata. Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2674	Protesi parziale definitiva rimovibile, comprensiva di ganci ed elementi (edentulia parziale bilaterale) per arcata	495,00	495,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata. Non rimborsabile in associazione ad altre riabilitazioni parziali definitive per arcata/emiarcata.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2628	Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (edentulia parziale monolaterale) - per emiarcata	120,00	120,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata. Non rimborsabile in associazione ad altre riabilitazioni parziali definitive per arcata/emiarcata.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2675	Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (edentulia parziale bilaterale) - per arcata	180,00	180,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata. Non rimborsabile in associazione ad altre riabilitazioni parziali definitive per arcata/emiarcata.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2629	Protesi totale definitiva rimovibile con denti in resina o ceramica (per arcata) non associabile alla protesi definitiva tipo overdenture/protesi definitiva ancorata su barra/prevenzione edentulia	940,00	940,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata indipendentemente dalla tipologia di protesizzazione.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2630	Protesi totale immediata provvisoria rimovibile (per arcata) - non associabile alla protesizzazione provvisoria tipo overdenture/prevenzione edentulia	380,00	380,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata indipendentemente dalla tipologia di protesizzazione.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
21997	Protesi totale definitiva tipo overdenture/all on four/all on six/toronto bridge	940,00	940,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata indipendentemente dalla tipologia di protesizzazione.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
21998	Protesi totale provvisoria tipo overdenture/all on four/all on six/toronto bridge	380,00	380,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata indipendentemente dalla tipologia di protesizzazione.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30305	Protesi totale definitiva di tipo rimovibile ancorata su barra (comprensivo di barra e ritenzioni) sostenuta da impianti - per arcata	940,00	940,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata indipendentemente dalla tipologia di protesizzazione.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2631	Ribasamento di protesi rimovibile, per arcata - sistema indiretto	120,00	120,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 1 anno sulla stessa arcata indipendentemente se sistema indiretto o diretto.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA.</p>
2647	Ribasamento di protesi rimovibile, per arcata - sistema diretto	80,00	80,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 1 anno sulla stessa arcata indipendentemente se sistema diretto o indiretto.</p>
2633	Singolo attacco di precisione in Inp o Ip qualsiasi tipo, massimo 1 attacco di precisione per emiarcata (componentistica completa maschio-femmina) solo per elementi protesizzati con corona protesica definitiva (attacco su corone - ultima corona più mesiale o distale alla sella edentula) o per protesi telescopiche su elementi naturali. non rimborsabile su impianti e non associabile al perno moncone, ricostruzione moncone o ricostruzione con ancoraggio	130,00	130,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede. Non assimilabile ai ganci.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA.</p>
21994	SOSTITUZIONE DI GANCIO PREESISTENTE (limitatamente alle protesi parziali rimovibili - escluso protesi scheletrata)	40,00	40,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata indipendentemente dalle motivazioni e/o estensione della protesi. Non rimborsabile in presenza di protesi scheletrata - protesi totali</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA.</p>
21995	AGGIUNTA DI ELEMENTO SU PROTESI MOBILE PARZIALE DEFINITIVA PREESISTENTE (comprensivo di eventuale nuovo gancio - escluso protesi mobile totale ed eventuale rifacimento protesi mobile parziale)	100,00	100,00	<p>Limiti Rimborsabili massimo 2 volte l'anno ogni 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se l'aggiunta viene eseguita su una parziale per emiarcata o per arcata). Non rimborsabile in presenza o in associazione ad una protesi totale. Non rimborsabile contemporaneamente ad una nuova protesi mobile parziale definitiva</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA.</p>
21996	RIPARAZIONE DI PROTESI MOBILE DEFINITIVA, QUALSIASI TIPO (escluso riparazione di singola corona protesica - comprensivo di tutti gli atti ed elementi costituenti)	50,00	50,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 2 anni sulla stessa arcata indipendentemente se trattasi di riparazione di protesi parziale definitiva o totale definitiva (qualsiasi tipologia)</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA.</p>

Gnatologia

Premesse specifiche di sottobrancia:

Non sono rimborsabili l'eventuale registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore; l'eventuale registrazione con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso; riparazione di placca diagnostica o bite. I codici 2635, 2648, 30336 non sono rimborsabili in associazione tra di loro e comunque sono soggetti a limiti temporali e di età (non assimilabili alla dima pre chirurgica, al trattamento ortodontico, alla contenzione ortodontica qualsiasi tipo, Froggy Mouth e/o ciuccio-bite e similari). I codici 2635, 2648, 30336 non sono rimborsabili nello stesso anno di richiesta del trattamento ortodontico, della Prevenzione Passiva dei disturbi della deglutizione oppure in presenza di 2 protesi totali (codici 2629-2630) nelle 2 arcate. I codici 2634 -

30335 non sono assimilabili alle sigillature dentali (quest'ultime rimborsabili esclusivamente nell'ambito del Progetto Prevenzione nei limiti e alle condizioni specificate).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2634	Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta (indipendentemente dall'arcata) – dai 17 anni	40,00	40,00	Limiti Rimborso dal 17esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 1 anno
2635	Placca diagnostica o ortotico o bite - sistema indiretto - indipendentemente dall'arcata e non rimborsabile nello stesso anno del trattamento ortodontico o in presenza di 2 protesi totali nelle 2 arcate – dai 21 anni	260,00	260,00	Limiti Rimborso dal 21esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 2 anni (indipendentemente dalla tipologia e/o metodica). Non assimilabile a froggy mouth e/o ciuccio bite e/o similari e/o prodotti preconfezionati. Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto.
2648	Placca diagnostica o ortotico o bite - sistema diretto - indipendentemente dall'arcata e non rimborsabile nello stesso anno del trattamento ortodontico o in presenza di 2 protesi totali nelle 2 arcate – dai 21 anni	150,00	150,00	Limiti Rimborso dal 21esimo anno. Rimborso non ripetibile prima di 2 anni (indipendentemente dalla tipologia e/o metodica). Non assimilabile a froggy mouth e/o ciuccio bite e/o similari e/o prodotti preconfezionati.

Radiologia odontoiatrica

Premesse specifiche di sottobranchia:

Non sono rimborsabili le radiografie oltre quanto descritto nel Nomenclatore-Tariffario in vigore. Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21). Nel caso di immagini su supporti o di immagini digitali, queste devono recare: nome, cognome, data, riferimenti dx e sn (o quadrante di riferimento) sia sul file all'interno del supporto sia sull'immagine stessa. Per le Rx endorali e le fotografie intraorali è previsto un rimborso per un massimo di 6 immagini l'anno. È rimborsabile 1 immagine (Rx endorale o Foto intraorale) pre cure e 1 immagine post cure (Rx endorale o Foto intraorale) per singolo codice che le prevede fino alla concorrenza del limite massimo. Per i codici 2637 – 2638 – 2649 - 2663 - 2664, qualora richiesti in fase di rimborso, il Fondo si riserva la possibilità di richiedere in visione le immagini relative alla richiesta inoltrata.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2649	Rx endorali/Bite Wings	5,00	5,00	Limiti Rimborsabili 1 Rx endorale/Bite Wings pre cure e 1 post cure contestualmente, sia in fase di piano di cure sia in fase di rimborso, ai codici che le prevedono fino ad un massimo di 6 l'anno (non sovrapponibili nella quantità alle Fotografie o Immagini video Intraorali)
2637	Ortopantomografia delle due arcate	21,00	21,00	Limiti Rimborsabile massimo 2 volte l'anno. Obblighi Evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione
2638	Telecranio (qualsiasi numero di proiezioni)	29,00	29,00	Limiti Rimborsabile massimo 2 volte l'anno. Obblighi Evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione>
2651	Fotografia o immagine video intraorale – dai 17 anni di età	5,00	5,00	Limiti Rimborsabile dal 17esimo anno, 1 Foto intraorale pre cure e 1 post terapia contestualmente al codice che le prevede fino ad un massimo di 6 Foto l'anno (escluso la Terapia Ortodontica). Non sovrapponibili nella quantità alle Fotografie o Immagini video Intraorali.
2663	Dentascan o tomografia volumetrica a fascio conico: 1 arcata	95,00	95,00	Obblighi Evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione
2664	Dentascan o tomografia volumetrica a fascio conico: 2 arcate	130,00	130,00	Obblighi Evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione

Pedodonzia

Premesse specifiche di sottobranca:

La branca prevede prestazioni dedicate alla fascia di età fino a 16 anni compiuti (ad eccezione della disinclusione e delle prestazioni ortodontiche fino a 20 anni di età). Per le prestazioni non comprese nella presente sezione è possibile fare riferimento ai codici della precedente sezione "adulti" (se presenti e non vincolati da limiti di età). Anche per le prestazioni pedodontiche rimangono valide le indicazioni generali esposte in precedenza nonché quelle esposte all'interno della Guida al Nomenclatore Odontoiatria 2025.

Per prestazioni chirurgiche in sala operatoria, in regime di ricovero notturno od in Day Hospital, con anestesia generale, fare riferimento al Tariffario di medicina e chirurgia ed. 1.1.2025. Tali prestazioni saranno rimborsabili solo se eseguite in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti. Le prestazioni eseguite in tale regime non sono proponibili secondo l'iter odontoiatrico, pertanto non saranno soggette alla presentazione preventiva del "Piano di Cure" e dovranno essere richieste secondo l'iter delle spese mediche generiche (sempre nei termini e modi previsti dal Regolamento). Il rimborso delle prestazioni odontoiatriche avverrà comunque nei limiti di quanto previsto dal Nomenclatore – Tariffario odontoiatria in vigore, mentre, per quanto riguarda le altre prestazioni, si farà riferimento alle regole e al Tariffario di medicina e chirurgia ed. 1.1.2025 (se esplicitamente presenti). Anche per le cure odontoiatriche eseguite in corso di ricovero, rimangono validi i limiti e gli obblighi previsti per le singole prestazioni (esposte nel Nomenclatore – Tariffario odontoiatrico in vigore). Si ricorda che, oltre alla documentazione citata, nel caso di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata alla richiesta di rimborso, documentazione medica in cui sia evidenziabile un quadro sistemico critico per la salute del paziente che ha reso necessario l'esecuzione delle prestazioni in regime di ricovero. In tal caso, sala ambulatoriale (diversa dalla sala operatoria), i medicinali, i materiali sanitari, le suture di qualsiasi tipo e l'anestesia di qualsiasi tipo (diversa dall'anestesia generale indipendentemente dall'età e dalla sedazione con protossido per le fasce di età identificate e nei limiti previsti) si intendono compresi all'interno delle tariffe massime previste per le singole voci odontoiatriche.

Tutte le prestazioni non indicate nel presente Nomenclatore – Tariffario sono da considerarsi come non rimborsabili (alcuni esempi di prestazioni non rimborsabili sono riportate nel capitolo "Modalità di Fatturazione"). È compresa in qualsiasi prestazione, ove necessaria, l'anestesia locale, la sedazione cosciente e la sedazione profonda (ad eccezione del codice 30303 sedazione con protossido per la fascia di età individuata e nei limiti previsti), compartecipazione anestesista/tecnici/assistenti/aiuti, medicinali e materiali, utilizzo sala ambulatoriale/poltrona.

I codici della sezione Pedodonzia (tutti) non sono sovrapponibili, in termini temporali e quantitativi, ai codici della sezione "adulti" (e viceversa) ovvero, rimangono validi i termini temporali di rimborsabilità anche nel caso di passaggio da una fascia di età all'altra.

Pedodonzia - Parodontologia

Premesse specifiche di sottobranca:

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia (adulti e/o Pedodonzia) non sono sovrapponibili sulle stesse arcate o emiarcate (indipendentemente dalle fasce di età). I codici della sezione Pedodonzia (tutti) non sono sovrapponibili e/o rimborsabili in associazione ai codici di chirurgia maxillo-facciale. I codici 2588 - 30315 "Levigatura radicolare" non sono assimilabili all'ablazione tartaro né all'igiene orale. Il codice 30301 non è rimborsabile nello stesso anno dei codici 2588 - 30315.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30300	Prima visita pedodontica	25,00	25,00	Limiti Rimborsabile a partire dai 4 anni compiuti ai 6 anni compiuti. Rimborso non ripetibile.
30301	Igiene orale pedodontica- istruzione di igiene orale	50,00	50,00	Limiti Rimborsabile a partire dai 5 anni compiuti ai 16 anni compiuti. Rimborsabile 1 volta ogni 2 anni
30302	Fluoroprofilassi in età pedodontica	15,00	15,00	Limiti Rimborsabile a partire dai 4 anni compiuti ai 12 anni compiuti. Rimborsabile massimo 1 volta l'anno

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30311	Chirurgia gengivale per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) - fino a 16 anni compiuti	112,00	112,00	Limiti Rimborso fino a 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
30312	Chirurgia muco-gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) - fino a 16 anni compiuti	170,00	170,00	Limiti Rimborso fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa arcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
30313	Chirurgia ossea (incluso qualsiasi tipo di lembo di accesso - inclusa sutura) trattamento completo per emiarcata - fino a 16 anni compiuti	185,00	185,00	Limiti Rimborso fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
30314	Gengivectomia come unica prestazione - per emiarcata - fino a 16 anni compiuti	50,00	50,00	Limiti Rimborso fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
30315	Levigatura radicolare e courettage gengivale (indipendentemente dal numero di emiarcate sottoposte a trattamento) - fino a 16 anni compiuti	40,00	40,00	Limiti Rimborso fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 2 anni (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica ed indipendentemente dal numero di arcate sottoposte a trattamento). Non rimborsabile nello stesso anno dell'Igiene Orale Pedodontica.

Pedodonzia - Chirurgia Orale

Premesse specifiche di sottobranca:

Sono compresi nelle relative prestazioni/cure i trattamenti di emorragia post extrationem; le medicazioni chirurgiche. Il codice 2591 della sezione adulti non è assimilabile al riposizionamento apicale (allungamento corona clinica) e/o al trattamento di Apecificazione della presente branca. Il codice 30317 è già comprensivo della competenza dell'ortodontista per l'ancoraggio. Pertanto, in caso di richiesta concomitante al trattamento ortodontico, dovrà essere inoltrata documentazione pre cure di dettaglio per il codice 30317 e documentazione che evidenzi il trattamento ortodontico nella sua totalità. I codici delle estrazioni sono applicabili solo agli elementi naturali (non assimilabile all'estrazione/ rimozione di impianto) nella loro interezza (non è rimborsabile l'estrazione di frammenti). Il codice 2594 della sezione adulti è riconosciuto esclusivamente in caso di estrazione di elemento permanente mentre per l'estrazione di elemento deciduo deve essere richiesto il codice 30318. Il codice 2595 è rimborsabile solo su elementi dentari naturali mai erotti in arcata, in caso di Germectomia è utilizzabile il codice 30319 (comprensivo di tutte le fasi e procedure), mentre il codice 2596 della sezione adulti è rimborsabile su terzi molari/ottavi/denti del giudizio, elementi permanenti parzialmente erotti (non assimilabile ad estrazione di elemento dentario fratturato). Non è rimborsabile l'espianto ed il successivo reimpianto di elemento dentario naturale. Il codice della "Frenulotomia o Frenulectomia" è rimborsabile una sola volta per arcata indipendentemente dal codice/fascia di età. I codici 2600 e 2601, autorizzabili solo su elementi pluriradicolati e trattati endodonticamente non sono compatibili sullo stesso elemento dentario (indipendentemente se decidui o permanenti). Il codice 2600 è già comprensivo dell'estrazione della radice. Il codice 30321 è applicabile a piccoli interventi di chirurgia orale fino a 16 anni di età compiuti. Il codice 30321 è rimborsabile nei limiti indicati per il trattamento di ascessi (comprensivo di tutte le fasi chirurgiche) e non è utilizzabile per inserimento di materiale/medicinale nelle tasche parodontali. L'anestesia generale indipendentemente dalla fascia di età (comprensivo delle competenze del professionista e dei relativi farmaci/ medicinali) è rimborsabile unicamente per gli interventi di chirurgia odontostomatologica, in regime di ricovero, con le modalità indicate nelle "Premesse Generali". Non è previsto il rimborso di qualsiasi tipo di anestesia, ad eccezione della sedazione con protossido nei limiti e fasce di età identificate, differente da quella generale, per tutti gli altri casi le spese relative all'anestesia (e dell'eventuale compartecipazione dell'anestesista) sono comprese nelle tariffe di rimborso delle prestazioni odontoiatriche stesse. Sono comprese nelle singole prestazioni, laddove necessario, le suture di qualsiasi tipo, compartecipazione anestesista/tecnici/assistenti/aiuti, medicinali e materiali, utilizzo sala ambulatoriale/poltrona.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30303	Sedazione con protossido (non assimilabile all'Anestesia Generale - ad altro tipo di sedazione/anestesia già compresa nelle prestazioni stesse) - a seduta - fino a 16 anni di età compiuti	60,00	60,00	Limiti Rimborsato fino ai 16 anni compiuti. Rimborsabile a seduta per massimo 3 sedute. Non rimborsabile in associazione ai codici di Visita pedodontica, Igiene Orale, Levigature, Terapia Ortodontica, prestazioni gnatologiche.
30304	Apacificazione - comprensivo delle manovre di accesso endodontico - comprensivo di eventuali rx endorali- indipendentemente dal numero di sedute	90,00	90,00	Limiti Rimborsato non ripetibile sullo stesso elemento. Obblighi PRE-TRATTAMENTO: OPT oppure RX Endorale che mostri l'elemento prima della cura. POST-TRATTAMENTO: RX Endorale che mostri l'elemento al termine della cura. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.
30316	Anestesia generale - solo in corso di ricovero (fino a 16 anni di età compiuti - a ricovero)	220,00	Non Prev.	Limiti Rimborsabile fino ai 16 anni compiuti. Unicamente se eseguita in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate dalle autorità competenti. Unicamente in regime di ricovero. Non rimborsabile in forma diretta. Obblighi Copia cartella clinica completa (e della cartella anestesologica firmata) e relazione del Medico che dichiara le limitazioni funzionali che rendono necessario l'intervento in regime di ricovero e la partecipazione del Medico Anestesista.
30317	Disinclusione denti ritenuti per elemento (comprensivo della prestazione dell'ortodontista per ancoraggio) - fino a 20 anni compiuti	200,00	200,00	Limiti Rimborsabile fino ai 20 anni compiuti. Rimborsato non ripetibile sullo stesso elemento. Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt oppure Rx endorale pre cure che mostri chiaramente l'elemento naturale da disincludere. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.
30318	Estrazione di dente o radice semplice o complessa di elemento deciduo (comprese eventuali suture e sedazione)	45,00	45,00	Limiti Rimborsato mai ripetibile sullo stesso elemento deciduo
30319	Germectomia (comprensiva di tutte le fasi ed attività chirurgiche comprensive di lembo mucogengivale e/o osteotomia e/o odontotomia - suture e sedazione - esclusa sedazione con protossido) fino a 16 anni di età compiuti	215,00	215,00	Limiti Rimborsabile fino ai 16 anni compiuti. Rimborsato non ripetibile sullo stesso elemento. Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt oppure Rx Endorale pre cure che mostri chiaramente il germe del dente permanente da asportare. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.
30320	Frenulotomia o frenulectomia per arcata - fino a 16 anni compiuti	75,00	75,00	Limiti Rimborsabile fino ai 16 anni compiuti. Rimborsato non ripetibile sulla medesima arcata indipendentemente dalla fascia di età
30321	Interventi di piccola chirurgia ascessi - fino a 16 anni compiuti	45,00	45,00	Limiti Rimborsabile fino ai 16 anni compiuti. Rimborsabile massimo 3 interventi l'anno.

Pedodonzia - Conservativa

Premesse specifiche di sottobranca:

È rimborsabile solo un'otturazione per elemento dentario indipendentemente dalla classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente, ogni 3 anni. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il riattacco di frammento; il trattamento chimico per l'ipersensibilità; le otturazioni, qualsiasi tipo, contestualmente al codice 30326 e/o alla cura canalare (decidui o permanenti) e/o al ritrattamento endodontico (qualsiasi numero di radici - deciduo o permanente) dello stesso elemento dentario. Le otturazioni, di qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente, non sono rimborsabili contestualmente ai codici 2603-2632-30323 richiesti per

lo stesso elemento dentario, altresì tutte le otturazioni (qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente) non sono rimborsabili in associazione ai codici 2591 "Apicectomia", 30304 "Apecificazione", 30329 "Pulpotomia", 30331 "Ricostruzione moncone". Il codice 30326 è rimborsabile solo su elementi dentari devitalizzati (contestualmente o precedentemente trattati), quindi il rimborso del codice 30326 implica l'avvenuto trattamento dell'elemento (indipendentemente se liquidato o meno dal Fondo). I codici 2609 - 30326, 2603, 2632 - 30323 e le otturazioni di qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente non sono rimborsabili sugli elementi dentari per cui risulta liquidato o comunque riabilitati con un "Perno moncone" cod. 2622 (indipendentemente dal materiale utilizzato). I codici 2603 - 2632 - 30323 non sono rimborsabili sul gruppo anteriore (da canino a canino) e non sono assimilabili alle faccette protesiche e/o alle corone protesiche $\frac{3}{4}$ siano esse definitive o provvisorie. I codici 2602 - 30322 e le otturazioni, qualsiasi classe/fascia di età/elemento deciduo o permanente non sono assimilabili alle sigillature di elementi dentari (rimborsabili esclusivamente nell'ambito del Progetto Prevenzione nei limiti e alle condizioni specificate). I codici 2591 - 2602 - 30322 non sono assimilabili al trattamento di Apecificazione (identificato dal codice 30304 per specifiche fasce di età) ed Apexogenesi (quest'ultima non rimborsabile).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30322	Incappucciamento della polpa diretto - indiretto - decidui o permanenti - ad elemento - fino a 16 anni compiuti	25,00	25,00	Limiti Rimborsabile fino a 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni. Non assimilabile alle sigillature di elementi dentari
30323	Intarsio per elemento deciduo/permanente - indipendentemente dal materiale/metodica/tecnica - inlay o onlay o overlay comprensivo di build up e provvisorio - ad elemento deciduo/permanente - diretto/indiretto indipendentemente dal numero di superfici - fino a 16 anni compiuti	130,00	130,00	Limiti Rimborsabile fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni (indipendentemente se permanente o deciduo, materiale e/o metodica). Non sovrapponibile ad altri codici di Intarsio. Non rimborsabile sul gruppo anteriore.
30324	Otturazione di qualsiasi cavità di 1° - 2° - 3° - 4° - 5° classe - qualsiasi materiale - ad elemento permanente fino ai 16 anni di età compiuti	60,00	60,00	Limiti Rimborsabile fino a 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente se deciduo o permanente, dalla classe, dall'età. Non associabile ad altri codici di otturazione (qualsiasi)
30325	Otturazione di elemento deciduo (qualsiasi classe - qualsiasi materiale - rimborsabile una volta ogni 3 anni nella stessa sede dentaria indipendentemente se elemento deciduo o permanente)	50,00	50,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente se deciduo o permanente e /o dalla classe. Non associabile ad altri codici di otturazione (qualsiasi)
30326	Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno di elementi dentari decidui o permanenti devitalizzati (contestualmente o precedentemente trattati) ad elemento fino a 16 anni compiuti	75,00	75,00	Limiti Rimborso fino a 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 3 anni (indipendentemente se deciduo o permanente)

Pedodonzia - Endodonzia

Premesse specifiche di sottobranca:

Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il trattamento perforazioni con comunicazioni endodonto-parodontali; otturazioni qualsiasi tipo/fascia di età/elemento deciduo o permanente contestualmente alla cura canalare (deciduo o permanente) e/o al ritrattamento endodontico dello stesso elemento dentario (qualsiasi numero di radici - deciduo o permanente); la ricostruzione coronale pre-endodontica. Non sono rimborsabili le medicazioni di pronto soccorso endodontico. Il codice 30329 non è rimborsabile in associazione ai codici 2614 - 2668 - 2669 - 30330. I codici 2614 - 2668 - 2669 - 30330 non sono tra loro sovrapponibili sullo stesso elemento dentario e non sono rimborsabili in associazione alla cura canalare (qualsiasi codice - deciduo o permanente).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30327	Cura canalare completa di elemento deciduo 1 canale (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento - comprese rx endorali	90,00	90,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento deciduo. Non si somma ad altre voci di cura canalare (qualsiasi numero di canali) e/o ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali)

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30328	Cura canalare completa di elemento deciduo pluriradicolato - 2 o piu' canali (indipendentemente dal numero di canali) compresa qualsiasi tipo di otturazione compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento - comprese rx endorali	130,00	130,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento deciduo. Non si somma ad altre voci di cura canalare (qualsiasi numero di canali) e/o ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali)
30329	Pulpotomia e otturazione della camera pulpale o pulpectomia e otturazione provvisoria per qualsiasi numero di canali - ad elemento deciduo - comprese rx endorali	45,00	45,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento deciduo
30330	Ritrattamento endodontico di elemento deciduo indipendentemente dal numero di canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione della cavità di accesso, compresa l'eventuale rimozione di perni endocanalari) ad elemento comprese rx endorali	100,00	100,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento deciduo indipendentemente dal numero di canali. Non si somma ad altre voci di ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali).

Pedodonzia - Protesi fissa

Premesse specifiche di sottobranca:

Qualsiasi prestazione di protesi, indipendentemente dal codice progressivo, non è rimborsabile nella stessa sede (elemento naturale permanente e/o deciduo o impianto che sostituisce lo stesso elemento) prima dei 5 anni dalla data del trimestre a cui si riferisce la fattura della prestazione precedentemente liquidata indipendentemente dai motivi che hanno reso necessario il rifacimento o sostituzione della protesi. Sono comprese/i nelle prestazioni/ cure: l'eventuale ceratura diagnostica; eventuali fresaggi/controfresaggi; la cementazione provvisoria e/o definitiva di protesi fissa. Le protesi fisse definitive (corone definitive, intarsi, mantentore di spazio per specifiche fasce di età) possono essere eseguite con tecniche CAD CAM direttamente dal medico odontoiatra, se in possesso del relativo macchinario, in tal caso come da disposizione del Ministero della Salute, il medico odontoiatra è tenuto a fornire, oltre quanto previsto dagli obblighi, apposita certificazione scritta, contenente avvertenze, controindicazioni, materiali utilizzati, numero del lotto del blocchetto di materiale (marcato CE), rintracciabilità dei materiali e tipologia di macchinario utilizzato per la realizzazione del manufatto. La protesi fissa provvisoria è riconosciuta per la fascia di età fino a 16 anni unicamente con il codice 30333 indipendentemente dal materiale utilizzato/tipologia di protesi fissa provvisoria ed è comunque soggetta a limiti temporali di rimborsabilità. Il codice 30333 per la relativa fascia di età è riconosciuto anche in caso di corona provvisoria rinforzata/armata. Il Mantentore di spazio si intende solo come riabilitazione protesica definitiva di tipo fisso essendo già comprensiva del relativo provvisorio e pertanto, è soggetta a limiti temporali e di compatibilità. Il Mantentore di Spazio è rimborsabile solo nelle sedi prive di pilastri protesici (impianti o elementi naturali) con elementi contigui non protesizzati (nessuna tipologia di protesi). Le faccette protesiche e/o le corone protesiche ¾ non sono rimborsabili e non sono assimilabili ai codici 2625 – 2671 – 2618 – 2619 - 30332 (indipendentemente dalla tecnica utilizzata). Il rimborso del codice 2622 della sezione adulti preclude il successivo rimborso del codice 30326, 30323 e delle otturazioni, qualsiasi classe/fascia di età/ elemento deciduo o permanente e delle cure canalari (per quest'ultima fatta eccezione la contestualità della richiesta) indipendentemente se deciduo o permanente. Si ricorda che i codici relativi alle "Protesi rimovibili parziali - per emiarcata" siano esse definitive o provvisorie, non sono assimilabili a mantentori di spazio mobili.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30331	Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama solo per elementi naturali permanenti da riabilitare con corone protesiche (protesi fisse per patologia: amelogesi o dentinogenesi imperfetta) - per elemento a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni compiuti	50,00	50,00	Limiti Rimborsabile a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30332	Corona protesica definitiva (corona completa - non assimilabile alle faccette protesiche) indipendentemente dal materiale utilizzato (corona completa) -indipendentemente dalla metodica/tecnica- per ricostruzione durevole di elemento compromesso e/o a seguito di patologia: amelogenesi o dentinogenesi imperfetta - per elemento - a partire dai 12 anni compiuti e fino ai 16 anni compiuti	200,00	200,00	<p>Limiti Rimborsabile a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dall'età, dai materiali e dalla dimensione dello spazio da riabilitare.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale prima della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale post protesizzazione. Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.</p>
30333	Corona protesica provvisoria (corona completa - non assimilabile alle faccette protesiche) indipendentemente dal materiale utilizzato - indipendentemente dalla metodica/tecnica - per elemento a partire dai 6 anni compiuti e fino ai 16 anni compiuti	75,00	75,00	<p>Limiti Rimborsabile a partire dai 6 anni compiuti fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dall'età, dai materiali e dalla dimensione dello spazio da riabilitare.</p> <p>Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.</p>
30334	Mantenitore di spazio fisso - (costituito da massimo 1 elemento comprensivo del relativo provvisorio e delle strutture, qualsiasi, di appoggio indipendentemente dal materiale utilizzato - rimborsabile solo in caso di agenesia del corrispettivo elemento permanente - non applicabile ai molari e non applicabile nei maggiori spazi e/o in sostituzione di elementi sovranumerari o in fase di eruzione) -dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni compiuti	225,00	225,00	<p>Limiti Rimborsabile a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare. Rimborsabile solo come riabilitazione protesica fissa definitiva nelle sedi prive di pilastro e con elementi contigui non protesizzati.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale prima della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings o Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore o immagine impronta digitale post protesizzazione. Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.</p>

Pedodonzia - Gnatologia

Premesse specifiche di sottobranca:

Non sono rimborsabili l'eventuale registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore; l'eventuale registrazione con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso; riparazione di placca diagnostica o bite. I codici 2635, 2648, 30336 non sono rimborsabili in associazione tra di loro e comunque

sono soggetti a limiti temporali e di età (non assimilabili alla dima pre chirurgica, al trattamento ortodontico, alla contenzione ortodontica qualsiasi tipo, Froggy Mouth e/o ciuccio-bite e similari e/o prodotti preconfezionati). I codici 2635, 2648, 30336 non sono rimborsabili nello stesso anno di richiesta del trattamento ortodontico, della Prevenzione Passiva dei disturbi della deglutizione. I codici 2634-30335 non sono assimilabili alle sigillature dentali (quest'ultime rimborsabili esclusivamente nell'ambito del Progetto Prevenzione nei limiti e alle condizioni specificate).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30335	Molaggio selettivo parziale o totale, massimo 1 seduta (indipendentemente dall'arcata) - fino a 16 anni compiuti	30,00	30,00	Limiti Rimborsabile fino a 16 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 1 anno
30336	Bite o ortotico - indipendentemente dall'arcata - sistema diretto o indiretto - non rimborsabile in associazione e/o nello stesso anno del trattamento ortodontico (qualsiasi tecnica e/o metodologia) o contenzione - fino a 20 anni compiuti.	150,00	150,00	Limiti Rimborsabile fino a 20 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 2 anni (indipendentemente dalla tipologia e/o metodica). Non assimilabile a Froggy mouth e/o ciuccio bite e/o similari e/o prodotti preconfezionati. Non rimborsabile nello stesso anno del trattamento ortodontico e/o contenzione Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto. In caso di metodica diretta, dichiarazione dell'odontoiatra curante con specifica della natura del manufatto

Pedodonzia - Ortodonzia

Premesse specifiche di sottobrancia:

Le terapie ortodontiche sono rimborsabili per un massimo di 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte a trattamento e/o dalla tipologia di trattamento e comunque entro l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) nel quale si compiono i 20 anni di età. Il trattamento ortodontico è differenziato sulla base della tipologia di apparecchio e, indipendentemente da questo, il limite previsto per il trattamento non si somma. All'interno della sezione Ortodonzia sono previsti: un apposito codice 30309 per il "trattamento con apparecchiature invisibili" utilizzabile in caso di trattamento con mascherine invisibili/allineatori; un apposito codice 30310 dedicato alla "Terapia di mantenimento/contenzione", rimborsabile per 1 anno (nell'ambito dei 3 anni massimi di terapia) indipendentemente dal numero delle arcate al trattamento. Il codice 30309 non è rimborsabile nei casi di apparecchi fissi tipo linguali/palatali e/o funzionali. Il codice 30310 non è rimborsabile nello stesso anno in cui viene riconosciuto il trattamento ortodontico (indipendentemente dall'arcata). Si ricorda che, per la forma indiretta, le fatture relative al trattamento ortodontico devono essere inviate al Fondo entro massimo il 31/03 dell'anno successivo a quello di emissione delle fatture stesse (indipendentemente se di acconto o saldo), non è possibile presentare una richiesta di rimborso per trattamento ortodontico con documentazione di spesa che si riferisce a più anni di trattamento (per la modalità di inoltro delle richieste di rimborso per prestazioni ortodontiche fare riferimento all'apposito paragrafo della presente Guida) mentre, per la forma diretta, la documentazione di spesa relativa al trattamento ortodontico, dovrà essere presentata in una unica soluzione annua, ovvero, la Struttura Sanitaria non potrà frazionare la richiesta di rimborso nel corso del singolo anno e dovrà presentare la predetta richiesta entro 90 giorni dalla data di emissione del documento di spesa. Si ricorda che il trattamento ortodontico, (tradizionale o con mascherine trasparenti) è rimborsabile solo sull'arcata in cui viene posizionato l'apparecchio, eccezion fatta per la contenzione ortodontica prevista indipendentemente dal numero di arcate sottoposte al trattamento. Il Fondo riconosce una sola tipologia di trattamento/apparecchio all'anno per la medesima arcata, come riportato nel paragrafo "Modalità di Fatturazione". Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: l'esame diagnostico ortodontico, ovvero impronte e modelli da museo, esame cefalometrico. Non sono rimborsabili separatamente, ovvero sono comprese nel trattamento: il rifacimento apparecchio ortodontico; la riparazione apparecchio ortodontico; il set-up diagnostico ortodontico; i controlli durante tutto il periodo di trattamento/ cura. Il codice 2589 "Splintaggio interdentale" della sottobrancia Parodontologia, sezione adulti, è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali a partire dai 25 anni di età e non può essere utilizzato a supporto della terapia ortodontica né assimilato alla contenzione ortodontica. I codici 2635 - 2648 della sezione adulti, il codice 30336 e 24104 (quest'ultimo relativo alla

prevenzione) non sono assimilabili al trattamento ortodontico e/o alla contenzione ortodontica.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30307	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico	700,00	700,00	<p>Limiti Rimborso per anno e per arcata, per massimo 3 anni (indipendentemente se trattasi di apparecchiature fisse, mobili, invisibili e/o mantenimento) anche non consecutivi fino al 20esimo anno di età (31 dicembre dell'anno in cui si compiono 20anni). Rimborsabile solo sull'arcata su cui viene posizionato l'apparecchio. Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica, ovvero, è riconosciuto un solo tipo di trattamento l'anno per la medesima arcata.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: per anno di rimborso: telecranio o foto del "morso/ morso inverso". POST-TRATTAMENTO: per anno di rimborso: Fotografia intraorale con apparecchio/mascherina posizionata in arcata Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure per il primo anno di rimborso Fasi (da ritrasmettere solo nel caso in cui vi siano variazioni nelle arcate interessate al trattamento o variazione della terapia)</p>
30308	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili/ funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico	600,00	600,00	<p>Limiti Rimborso per anno e per arcata, per massimo 3 anni (indipendentemente se trattasi di apparecchiature fisse, mobili, invisibili e/o mantenimento) anche non consecutivi fino al 20esimo anno di età (31 dicembre dell'anno in cui si compiono 20anni). Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica, ovvero, è riconosciuto un solo tipo di trattamento l'anno per la medesima arcata.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: per anno di rimborso: telecranio o foto del "morso/ morso inverso". POST-TRATTAMENTO: per anno di rimborso: Fotografia intraorale con apparecchio/mascherina posizionata in arcata Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure per il primo anno di rimborso Fasi (da ritrasmettere solo nel caso in cui vi siano variazioni nelle arcate interessate al trattamento o variazione della terapia)</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30309	Terapia ortodontica con apparecchiature invisibili (qualsiasi tipologia/materiale) per arcata - per anno - compreso esame cefalometrico	1.100,00	1.100,00	<p>Limiti Rimborso per anno e per arcata, per massimo 3 anni (indipendentemente se trattasi di apparecchiature fisse, mobili, invisibili e/o mantenimento) anche non consecutivi fino al 20esimo anno di età (31 dicembre dell'anno in cui si compiono 20anni). Rimborsabile solo sull'arcata su cui viene posizionato l'apparecchio. Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica, ovvero, è riconosciuto un solo tipo di trattamento l'anno per la medesima arcata. Non rimborsabile nel caso di apparecchi fissi linguali/palatali e/o funzionali.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: per anno di rimborso: telecranio o foto del "morso/morso inverso". POST-TRATTAMENTO: per anno di rimborso: Fotografia intraorale con apparecchio/mascherina posizionata in arcata</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure per il primo anno di rimborso Fasi (da ritrasmettere solo nel caso in cui vi siano variazioni nelle arcate interessate al trattamento o variazione della terapia)</p>
30310	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate	500,00	500,00	<p>Limiti Rimborso per anno indipendentemente dal numero di arcate sottoposte al trattamento. Rimborsabile massimo 1 anno nell'ambito dei 3 anni massimi previsti per le terapie ortodontiche, fino al 20esimo anno di età (31 dicembre dell'anno in cui si compiono 20anni). Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: foto intraorale dell'apparecchio fisso/mobile/invisibile prima della rimozione. POST-TRATTAMENTO: nel caso di contenzione mobile: foto intraorale con mascherina di contenzione posizionata nella/e arcata/e e Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (recante il numero ITCA) nel caso di contenzione fissa: foto intraorale del retainer.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure</p>

Pedodonzia - Radiologia pedodontica

Premesse specifiche di sottobranca:

Non sono rimborsabili le radiografie e/o fotografie oltre quanto descritto nel Nomenclatore-Tariffario in vigore. Nel caso di immagini su supporti o di immagini digitali, queste devono recare: nome, cognome, data, riferimenti dx e sn (o quadrante di riferimento) sia sul file all'interno del supporto sia sull'immagine stessa. Per le fotografie intraorali è previsto un rimborso per un massimo di 6 immagini l'anno. È rimborsabile 1 immagine (Rx endorale o Foto intraorale) pre cure e 1 immagine post cure (Rx endorale o Foto intraorale) per singolo codice che le prevede fino alla concorrenza del limite massimo. Per i codici 2637 - 2638 - 2649 - 2663 - 2664 - 2652 - 30306, qualora richiesti in fase di rimborso, il Fondo si riserva la possibilità di richiedere in visione le immagini relative alla richiesta inoltrata.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2652	Fotografia del morso inverso e/o fotografia dei modelli in occlusione (solo in relazione ai codici della sezione ortodonzia indipendentemente dal numero di arcate sottoposte al trattamento - indipendentemente dalla tipologia di trattamento).	5,00	5,00	<p>Limiti Rimborsabile fino al 20esimo anno di età (31 dicembre dell'anno in cui si compiono 20anni). Rimborsabile massimo 3 foto pre cure e massimo 3 foto post cure per anno. Rimborsabile solo contestualmente alla Terapia Ortodontica (sia in fase di piano di cure sia in fase di rimborso) indipendentemente dal codice. Rimborsabile fino ad un massimo di 6 foto l'anno indipendentemente dal numero di arcate sottoposte al trattamento (qualsiasi tipologia).</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: obbligo di presentazione delle immagini richieste al rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza della data di acquisizione sui fotogrammi</p>
30306	Fotografia o immagine video intraorale fino a 16 anni compiuti solo come pre e post cure per i codici protesici pedodontici	5,00	5,00	<p>Limiti Rimborsabile fino a 16 anni compiuti. Rimborsabile 1 foto intraorale pre cure e 1 foto intraorale post cure contestualmente ai codici che le prevedono (sia in fase di piano di cure sia in fase di rimborso) fino ad un massimo di 6 foto l'anno (non sovrapponibile alle RX Endorali/ Bite Wings).</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: obbligo di presentazione delle immagini richieste al rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza della data di acquisizione sui fotogrammi</p>

PROGETTO PREVENZIONE IN ODONTOIATRIA

Il Fasi prosegue con la campagna di Prevenzione Sanitaria in ambito odontoiatrico con il fine prioritario di “promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l’insorgenza di malattie” (cit. iss/cnmr) con i seguenti Progetti:

- **Prevenzione del Cancro del Cavo Orale UOMO e DONNA con età uguale o maggiore a 45 anni compiuti.**
- **Prevenzione Pedodontica:**
 - **Pacchetto Bambini - Prevenzione Carie - sigillature di 4 elementi permanenti con età dai 5 anni compiuti fino ai 12 anni compiuti.**
 - **Prevenzione passiva dei disturbi della deglutizione (Froggy mouth, ciuccio bite e similari) con età dai 4 anni compiuti fino ai 10 anni compiuti.**
- **Prevenzione Odontoiatrica – Detartrasi:**
 - **Prevenzione di patologie parodontali in Gravidanza.**
- **Prevenzione Patologie Sistemiche a seguito di Edentulia UOMO e DONNA con età uguale o maggiore a 65 anni compiuti.**

Le prestazioni relative al Progetto Prevenzione possono essere fruite **solo ed esclusivamente in forma diretta** presso le Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate che hanno aderito anche al Progetto Prevenzione. Si precisa che una singola Struttura Sanitaria Odontoiatrica, può aver aderito alla Prevenzione del Cancro del Cavo Orale e non anche ad altre prevenzioni, oppure potrebbe aver aderito a tutte quelle messe a disposizione.

L'elenco aggiornato delle strutture convenzionate che offrono i Pacchetti Prevenzione è consultabile sul sito del Fondo (www.fasi.it) alla voce Network Sanitario che reindirizza al portale di IWS (Industria Welfare Salute).

Le prestazioni appartenenti al Progetto Prevenzione in odontoiatria sono interamente a carico del Fasi e NON prevedono alcun costo a carico dell’Iscritto, salvo una compartecipazione massima e predeterminata nei casi espressamente indicati nell’ambito della Prevenzione delle Malattie sistemiche. Al riguardo, si precisa che la Struttura Sanitaria invierà al Fondo la documentazione di spesa con modalità digitale consegnando gli originali direttamente all’Iscritto/assistito, il quale non dovrà inoltrarli al Fasi poiché il Fondo salda direttamente alla Struttura Sanitaria quanto previsto.

Si precisa, inoltre, che il Fasi prevede dei Pacchetti Prevenzione anche in ambito di medicina. Il dettaglio delle prestazioni e le modalità di accesso, relative ai Pacchetti Prevenzione in medicina, sono specificati sia all’interno della Guida Blu sia nel sito internet dove potrà essere consultato anche l’elenco delle Strutture Sanitarie che hanno aderito al progetto stesso.

Prevenzione Cancro del Cavo Orale

Tale pacchetto è fruibile, come già indicato, esclusivamente in forma diretta, massimo una volta l’anno dagli Iscritti che hanno una età pari o superiore a 45 anni compiuti, fermo restando i requisiti necessari per accedere alla forma diretta.

L’Iscritto, una volta individuata la Struttura Sanitaria Odontoiatrica Convenzionata tra quelle che effettuano questo tipo di Prevenzione, dovrà prendere contatto con la Struttura stessa per sottoporsi all’esame preventivo della mucosa orale che si basa sulla visualizzazione della Fluorescenza dei tessuti. Oltre a tale esame, il Pacchetto prevede anche la compilazione di una “Scheda di rilevazione lesioni intraorali” (gratuita).

Le prestazioni sopra indicate non prevedono alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'Isritto/assistito in quanto l'intero ammontare della spesa stessa è a totale carico del Fasi. Anche per le prestazioni relative alla Prevenzione del Cancro del Cavo Orale, tutte le procedure amministrative saranno svolte direttamente dalla Struttura Sanitaria Odontoiatrica convenzionata.

La prestazione di Prevenzione Cancro del Cavo Orale è imputata nella scheda anamnestica di ciascun assistito in relazione al trimestre a cui si riferisce la data di rilascio della fattura (esempio: prestazione fatturata nel mese di febbraio 2025, viene imputata al 1° trimestre 2025). La cadenza della rimborsabilità del pacchetto in questione sarà calcolata secondo il seguente esempio: Prevenzione del Cancro Cavo Orale fatturata nel 1° trimestre 2025 e successivamente rimborsata dal Fasi, se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2026.

Prevenzione Pedodontica

La sezione prevede l'offerta di due distinti pacchetti: "Prevenzione Bambini (prevenzione carie)" e "Prevenzione Passiva dei disturbi della deglutizione".

Nel dettaglio:

- o Prevenzione Bambini (Prevenzione Carie): è fruibile, esclusivamente in forma diretta, massimo una volta ogni 6 anni dai figli degli Isritti che hanno una età tra i 5 anni compiuti e i 12 anni compiuti (inteso come anno di compimento), fermo restando i requisiti necessari per accedere alla forma diretta. Il pacchetto prevede una visita con igiene preventiva (qualsiasi tecnica/metodica) e la sigillatura di 4 elementi (minimo 2 superiori e 2 inferiori) o più elementi permanenti che dovranno essere dichiarati dalla Struttura nel campo note (obbligatorio). Poiché il pacchetto è composto da un insieme di prestazioni da eseguire sia sull'arcata superiore che su quella inferiore, si specifica che, lo stesso dovrà essere eseguito nella sua interezza (ovvero sigillatura di minimo 4 elementi permanenti di cui 2 superiori e 2 inferiori). In caso contrario, le prestazioni non potranno essere riconosciute dal Fondo essendone previsto il rimborso esclusivamente nell'ambito del Progetto Prevenzione. Si fa presente che, il pacchetto potrebbe non essere riconosciuto in via preventiva o in fase consuntiva nel caso di prestazioni in corso di liquidazione qualora gli elementi dentari in oggetto, dichiarati all'interno delle note, siano stati precedentemente trattati (qualsiasi tipologia di trattamento). Non sono previste altre possibilità.
- o Prevenzione passiva dei Disturbi della Deglutizione: è fruibile esclusivamente in forma diretta, massimo 1 volta (rimborso mai ripetibile) dai figli degli Isritti che hanno una età compresa tra i 4 anni compiuti e i 10 anni compiuti indipendentemente dalla durata del trattamento e/o arcate sottoposte a trattamento. Il pacchetto prevede il trattamento tramite dispositivi come Froggy Mouth, ciuccio-Bite e similari atti a ripristinare un corretto funzionamento della lingua, atteggiamento labiale e quindi un corretto equilibrio muscolare funzionale nel prevenire disturbi della deglutizione, respirazione orale, difetti di pronuncia, malocclusioni di vario tipo con iposviluppo del mascellare superiore e/o palato ed eventuali problematiche posturali.

Anche per queste tipologie di prestazioni, non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'Isritto in quanto l'intero ammontare della spesa stessa è a totale carico del Fasi. Tutte le procedure amministrative saranno svolte dalla Struttura Sanitaria odontoiatrica convenzionata che ha aderito ai predetti pacchetti.

Si ricorda che le prestazioni relative al Progetto Prevenzione, vengono imputate nella scheda anamnestica di ciascun assistito in relazione al trimestre a cui si riferisce la data di rilascio della documentazione di spesa (esempio: prestazione fatturata nel mese di marzo 2025, viene imputata al 1° trimestre 2025). La cadenza della rimborsabilità del pacchetto Prevenzione Bambini sarà calcolata secondo il seguente esempio: Prevenzione Bambini fatturata nel 1° trimestre 2025 e successivamente rimborsata dal Fasi se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2031 qualora si rientri ancora nel range di età previsto.

Prevenzione Odontoiatrica – Detartrasi

La sezione prevede l'offerta di un pacchetto "Prevenzione di Patologie parodontali in Gravidanza". Il pacchetto è fruibile esclusivamente in forma diretta e prevede massimo 3 sedute di Igiene Orale/Detartrasi (qualsiasi tecnica) nel periodo di gestazione ovvero, massimo 1 seduta di igiene orale per trimestre di gestazione (1 trimestre gestazione= inizio gravidanza e fino alla fine della 13esima settimana; 2 trimestre di gestazione=dall'inizio della 14esima settimana fino alla fine della 26esima settimana; 3 trimestre di gestazione=dall'inizio della 27esima settimana fino alla 40esima settimana). Nello specificare che il pacchetto prevede una seduta di igiene orale/detartrasi completa (indipendentemente dalla metodica), si precisa che per ottenere il rimborso, è necessario

fornire certificazione medica che specifichi lo stato di avanzamento della gravidanza (settimane di gestazione). A tal proposito si evidenzia che, la prestazione viene imputata nella scheda anamnestica di ciascuna assistita in relazione al trimestre a cui si riferisce la data di rilascio della documentazione di spesa (esempio: prestazione fatturata nel mese di marzo 2025, viene imputata al 1° trimestre 2025). La cadenza della rimborsabilità del pacchetto Prevenzione di Patologie parodontali in Gravidanza sarà calcolata secondo i seguenti esempi:

- ES.1) Pacchetto fruito e fatturato nel 1° trimestre 2025 con certificato di 12esima settimana di gestazione (primo trimestre di gestazione) e successivamente rimborsata dal Fasi se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2025 (secondo trimestre di gestazione). Secondo tale esempio, l'assistita avrebbe a disposizione un ultimo rimborso nel 3° trimestre di gestazione (totale 3 sedute).
- ES.2) Pacchetto fruito e fatturato nel 1° trimestre 2025 con certificato di 22esima settimana di gestazione (secondo trimestre di gestazione) e successivamente rimborsata dal Fasi se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2025 (ultimo trimestre di gestazione). Secondo tale esempio, l'assistita ha potuto fruire di sole 2 sedute su 3 massime previste dal Fondo (non avendo effettuato il pacchetto nel primo trimestre di gestazione).

Una eventuale interruzione di gravidanza, indipendentemente dalla motivazione, preclude l'accesso ai rimborsi del pacchetto e/o l'accesso ad eventuali trimestri residui previsti per il pacchetto.

Prevenzione Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia

Questa tipologia di Prevenzione è fruibile esclusivamente in forma diretta presso Strutture Sanitarie odontoiatriche convenzionate rientranti nel network riconosciuto dal Fasi, previa esplicita **approvazione da parte del Fondo (solo successivamente potranno essere iniziate le cure previste)**, ed è rivolta ad Iscritti/assistiti di età pari o superiore a 65 anni compiuti, fermo restando i requisiti per accedere alla forma diretta. **Per ricevere l'approvazione da parte del Fondo, è necessario che la Struttura Sanitaria convenzionata inoltri un piano di cure preventivo, dopo aver individuato il pacchetto corrispondente alla tipologia di riabilitazione definita congiuntamente all'iscritto/assistito, completo della documentazione sanitaria prevista.**

La Prevenzione Malattie Sistemiche consta di 6 Pacchetti (3 relativi all'arcata superiore e 3 relativi all'arcata inferiore) ognuno dei quali identifica chiaramente una diversa tipologia di riabilitazione. In aggiunta a questi 6 Pacchetti è previsto un settimo pacchetto di "Rigenerazione", strettamente vincolato all'approvazione di uno dei precedenti 6 Pacchetti. Ogni pacchetto è rimborsabile al massimo 1 volta con la particolarità che l'arcata antagonista al primo pacchetto non è autorizzabile prima che sia trascorso un anno dal trimestre di competenza della fattura a cui si riferisce la liquidazione a saldo del precedente pacchetto (limiti temporali di rimborsabilità).

Ogni singolo pacchetto è composto da un insieme di prestazioni chirurgiche, implantari e protesiche (i cui dettagli tecnico-medico-procedurali sono in possesso della Struttura Sanitaria), da eseguire sull'intera arcata (e non su singole emiarcate), anch'esse soggette ai limiti temporali di rimborsabilità.

Un Pacchetto Prevenzione delle Malattie Sistemiche può essere rimborsato dal Fondo esclusivamente se interamente eseguito in tutte le sue voci e con le metodiche specificate nel pacchetto stesso (composizione e distribuzione). In caso contrario, le prestazioni eseguite saranno codificate dal Fondo qualora rimborsabili, secondo quanto previsto nel Nomenclatore – Tariffario (in vigore all'atto della fatturazione a saldo) relativo alle prestazioni odontoiatriche ordinarie (che non rientrano nel progetto prevenzione), pertanto la relativa liquidazione avverrà nei limiti massimi delle tariffe esposte. L'eventuale conversione del pacchetto non dovrà comportare una maggiore spesa per l'iscritto/assistito. Non sono previste altre possibilità.

Poiché tutti i Pacchetti relativi alla Prevenzione delle Malattie Sistemiche comprendono prestazioni implantologiche e poiché il loro rimborso non è mai ripetibile, il pacchetto Prevenzione scelto per una determinata arcata sarà rimborsabile una sola volta nella vita. **Si precisa ancora che, il "Piano di Cure" per un pacchetto prevenzione può essere inoltrato dalla Struttura Sanitaria convenzionata, solo previa accettazione dell'iter terapeutico da parte dell'assistito e solo dopo averne accertato l'effettiva possibilità di esecuzione. L'approvazione da parte del Fondo di un "Piano di Cure" relativo alla prevenzione vincola l'autorizzazione di altre prestazioni odontoiatriche nella medesima arcata soggetta a cure (indipendentemente se quest'ultime fruito in forma indiretta o diretta o struttura diretta diversa da quella che ha inoltrato il piano di cure per la prevenzione).**

Alla evidenza di quanto precisato, i Pacchetti relativi alla prevenzione sono rivolti a:

1. Pazienti completamente edentuli già portatori di protesi totali.

Per tali pazienti sono previsti i seguenti Pacchetti:

- a) Pacchetto 1 – cod. 8502 Riabilitazione totale dell'arcata inferiore (comprensivo di 4 nuovi impianti osteointegrati);
- b) Pacchetto 2 – cod. 8503 Riabilitazione totale dell'arcata superiore (comprensivo di 6 nuovi impianti osteointegrati).

Questa tipologia prevede il posizionamento di 2 impianti per emiarcata inferiore (quindi 2 impianti emiarcata inferiore destra e 2 impianti emiarcata inferiore sinistra) per un totale di 4 nuovi impianti sull'arcata inferiore oppure di 3 impianti per emiarcata superiore (quindi 3 impianti emiarcata superiore destra e 3 impianti emiarcata superiore sinistra) per un totale di 6 nuovi impianti sull'arcata superiore.

Nel caso sia necessario il rifacimento ex novo della protesizzazione, a seguito dell'esecuzione del Pacchetto 1 oppure del Pacchetto 2, questa sarà identificata, esclusivamente, come Protesi Totale (cod. 8509 protesizzazione definitiva oppure cod. 8510 protesizzazione provvisoria), il cui rimborso:

- o dovrà essere richiesto sempre nell'ambito del progetto prevenzione;
- o sarà oggetto e valorizzerà i limiti temporali relativi alle protesi totali;
- o prevede una compartecipazione massima alla spesa da parte dell'Isritto pari a € 250,00 per la protesi totale provvisoria (cod. 8510) e di € 250,00 per la protesi totale definitiva (cod. 8509) per ciascuna arcata oggetto del pacchetto. A seguito dell'autorizzazione di un Pacchetto prevenzione per l'arcata edentula (Pacchetto 1 oppure Pacchetto 2), non sono autorizzabili altre tipologie di riabilitazione protesica oltre le protesi appena descritte indipendentemente dal tipo di riabilitazione che si andrà ad eseguire. Ne consegue che, allo scadere dei limiti temporali per la riabilitazione post pacchetto prevenzione, potranno essere riconosciuti per la relativa arcata esclusivamente i codici delle protesi totali nel flusso prevenzione (cod. 8509 – cod. 8510).

2. Pazienti parzialmente edentuli nei settori latero-posteriori (quindi con dentatura anteriore residua) già portatori di protesi scheletrate o parziali (quindi senza la necessità del rifacimento della protesi e senza estrazione di elementi dentari)

Per tali pazienti sono previsti i seguenti Pacchetti:

- a) Pacchetto 3 – cod. 8504 Riabilitazione parziale dell'arcata inferiore - Ripristino del manufatto protesico esistente (comprensivo di 4 nuovi impianti osteointegrati);
- b) Pacchetto 4 – cod. 8505 Riabilitazione parziale dell'arcata superiore - Ripristino del manufatto protesico esistente (comprensivo di 4 nuovi impianti osteointegrati).

Questa tipologia prevede il mantenimento del gruppo anteriore ed il posizionamento di 2 impianti per emiarcata (quindi 2 impianti nell'emiarcata destra e 2 impianti nell'emiarcata sinistra) per un totale di 4 nuovi impianti sulla medesima arcata. Queste tipologie di riabilitazione escludono qualsiasi tipologia di nuova riabilitazione sulla medesima arcata, indipendentemente se eseguita tramite il flusso prevenzione e/o il flusso ordinario poiché prevede espressamente il mantenimento/adattamento della protesizzazione precedente (compresa nel pacchetto stesso).

3. Pazienti con dentatura latero-posteriore residua non mantenibile o edentuli nel settore latero-posteriore (quindi con dentatura anteriore ancora presente).

Per tali pazienti sono previsti i seguenti Pacchetti:

- a) Pacchetto 5 – cod. 8506 Riabilitazione parziale dell'arcata inferiore – Nuovo manufatto protesico – Protesi Parziale rimovibile definitiva (comprensivo di 4 nuovi impianti osteointegrati, estrazioni e di nuove protesi parziali rimovibili sia provvisorie che definitive);
- b) Pacchetto 6 – cod. 8507 Riabilitazione parziale dell'arcata superiore – Nuovo manufatto protesico – Protesi Parziale rimovibile definitiva (comprensivo di 4 nuovi impianti osteointegrati, estrazioni e di nuove protesi parziali rimovibili sia provvisorie che definitive).

Questa tipologia prevede:

- o il mantenimento del gruppo anteriore;
- o estrazioni di elementi nei settori latero-posteriori;
- o il posizionamento di 2 impianti per emiarcata (quindi 2 impianti nell'emiarcata destra e 2 impianti nell'emiarcata sinistra), per un totale di 4 nuovi impianti sulla medesima arcata;
- o la riabilitazione con protesi parziali rimovibili sia definitive che provvisorie (ambidue indipendentemente dalla tipologia – comprese nel pacchetto stesso).

4. Pazienti con necessità di aumento verticale e/o orizzontale di osso (vincolato all'approvazione di uno dei 6 Pacchetti precedentemente sopra indicati).

Per tali pazienti è previsto il seguente Pacchetto:

cod. 8508 Pacchetto Rigenerazione – può essere aggiunto, ove necessario, al Piano di cure di uno dei precedenti Pacchetti ed il rimborso è previsto solo in associazione ai Pacchetti precedentemente elencati. Non è possibile richiedere il rimborso del presente pacchetto in associazione alla richiesta di acconto del 50% del Pacchetto base, ovvero può essere richiesto esclusivamente con il saldo del pacchetto (nel caso di richiesta di un acconto sul lavoro) oppure con la richiesta della totalità del pacchetto a cui si riferisce. Il pacchetto Rigenerazione può essere richiesto 1 sola volta per arcata interessata alla riabilitazione con pacchetto.

Le prestazioni sopra indicate non prevedono alcuna eccedenza economica da parte dell'Isritto in quanto l'intero ammontare della spesa è a totale carico del Fasi, salvo quanto indicato per il rifacimento delle protesi totali (associabili unicamente ai Pacchetti 1 e 2) per le quali è prevista la compartecipazione dell'Isritto nei limiti massimi sopra esposti.

Prevenzione Cancro del Cavo Orale

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
8501	Prevenzione Cancro del Cavo Orale	Rimborsabile solo in forma diretta. Rimborsabile a partire ai 45 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 1 anno.	Fotografia della Fluorescenza riflessa eseguita con apposita ed annessa fotocamera digitale e "Scheda Rilevazione Lesioni Intraorali".

Prevenzione Pedodontica

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
8511	Prevenzione bambini - prevenzione carie - sigillature di 4 elementi permanenti	Rimborsabile solo in forma diretta. Rimborsabile a partire dai 5 anni compiuti fino ai 12 anni compiuti. Rimborso non ripetibile prima di 6 anni nell'intervallo indicato indipendentemente se eseguito su 4 (minimo) o più elementi permanenti. Rimborsabile solo se eseguite 4 sigillature (2 arcata inferiore e 2 arcata superiore). Non rimborsabile nel caso in cui gli elementi dentali permanenti siano stati oggetto di cure.	POST-TRATTAMENTO: Fotografia intraorale occlusale superiore ed inferiore o immagini impronta digitale.
24104	Prevenzione passiva dei disturbi della deglutizione (froggy mouth, ciuccio bite e similari) a partire da 4 anni compiuti fino ai 10 anni compiuti	Rimborsabile solo in forma diretta. Rimborsabile a partire dai 4 anni compiuti ai 10 anni compiuti. Rimborso mai ripetibile indipendentemente dalla durata e/o dall'età	POST-TRATTAMENTO: Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico oppure Dichiarazione di conformità rilasciata dal fabbricante con relativa prescrizione dell'odontoiatra curante.

Prevenzione Odontoiatrica – Detartrasi

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
30213	Prevenzione di patologie parodontali in gravidanza	Rimborsabile solo in forma diretta. Rimborsabile massimo 3 volte durante la gravidanza di cui massimo 1 per trimestre di gestazione	PRE-TRATTAMENTO PER OGNI RICHIESTA: Dichiarazione dell'odontoiatra con specifica dello stato di avanzamento gravidanza (indicazione della settimana di gestazione). POST-TRATTAMENTO: Certificazione del medico curante della condizione fisiologica con specifica dello stato di avanzamento.

Prevenzione delle Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia

Premesse specifiche:

Si ricorda che le prestazioni relative al Progetto Prevenzione delle Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell'Edentulia sono fruibili esclusivamente in forma diretta. Ogni Pacchetto è composto da un insieme di prestazioni chirurgiche, implantari e protesiche (i cui dettagli tecnico-medico-procedurali sono in possesso della Struttura Sanitaria), da eseguire sull'intera arcata (e non su singole emiarcate), anch'esse soggette a limiti temporali di rimborsabilità. Un Pacchetto Prevenzione può essere rimborsato dal Fasi esclusivamente se interamente eseguito in tutte le sue voci e con le metodiche specificate nel pacchetto stesso (composizione e distribuzione). Non sono previste altre possibilità. Il Fasi si riserva la facoltà di richiedere in visione i certificati di laboratorio relativi alle lavorazioni effettuate.

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
8502	Riabilitazione totale dell'arcata inferiore (comprensivo di 4 impianti osteointegrati)	Fruibile da pazienti completamente edentuli già portatori di protesi totali con età pari o superiore ai 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 solo pacchetto (indipendentemente dalla tipologia) per arcata. Attenzione: nel caso in cui fosse necessario il rifacimento di una protesi totale definitiva e/o provvisoria (associabile solo ai pacchetti 1 o 2), il costo della protesi sarà a carico del Fondo con una compartecipazione alla spesa di euro 250,00 da parte dell'iscritto per ciascuna protesi (Provvisoria e Definitiva)	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. Attenzione: nel caso di rifacimento della protesi totale definitiva e/o provvisoria sarà necessario inviare la dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto per ciascuna protesi (Provvisoria e Definitiva).
8503	Riabilitazione totale dell'arcata superiore (comprensivo di 6 impianti osteointegrati)	Fruibile da pazienti completamente edentuli già portatori di protesi totali con età pari o superiore ai 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 solo pacchetto (indipendentemente dalla tipologia) per arcata. Attenzione: nel caso in cui fosse necessario il rifacimento di una protesi totale definitiva e/o provvisoria (associabile solo ai pacchetti 1 o 2), il costo della protesi sarà a carico del Fondo con una compartecipazione alla spesa di euro 250,00 da parte dell'iscritto per ciascuna protesi (Provvisoria e Definitiva)	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT " digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. Attenzione: nel caso di rifacimento della protesi totale definitiva e/o provvisoria sarà necessario inviare la dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto per ciascuna protesi (Provvisoria e Definitiva).
8504	Riabilitazione parziale dell'arcata inferiore – Ripristino del manufatto protesico esistente (comprensivo di 4 impianti osteointegrati)	Fruibile da pazienti parzialmente edentuli già portatori di protesi scheletrate o parziali con età pari o superiore ai 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 solo pacchetto (indipendentemente dalla tipologia) per arcata.	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale.

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
8505	Riabilitazione parziale dell'arcata superiore – Ripristino del manufatto protesico esistente (comprensivo di 4 impianti osteointegrati)	Fruibile da pazienti parzialmente edentuli già portatori di protesi scheletrate o parziali con età pari o superiore ai 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 solo pacchetto (indipendentemente dalla tipologia) per arcata.	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale.
8506	Riabilitazione parziale dell'arcata inferiore – Nuovo manufatto protesico – Protesi Parziale Rimovibile Definitiva (comprensivo di 4 impianti osteointegrati e di nuove protesi parziali sia provvisorie che definitive)	Fruibile da pazienti con dentatura latero-posteriore residua non mantenibile o edentuli nel settore latero-posteriore con età pari o superiore ai 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 solo pacchetto (indipendentemente dalla tipologia) per arcata.	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT " digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per Protesi parziali (qualsiasi tipologia) definitive e provvisorie.
8507	Riabilitazione parziale dell'arcata superiore – Nuovo manufatto protesico – Protesi Parziale Rimovibile Definitiva (comprensivo di 4 impianti osteointegrati e di nuove protesi parziali sia provvisorie che definitive)	Fruibile da pazienti con dentatura latero-posteriore residua non mantenibile o edentuli nel settore latero-posteriore con età pari o superiore ai 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 solo pacchetto (indipendentemente dalla tipologia) per arcata.	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT " digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per Protesi parziali (qualsiasi tipologia) definitive e provvisorie.
8508	Rigenerazione	Fruibile da pazienti che necessitano di un aumento verticale e/o orizzontale di osso, validabile solo in relazione ad uno dei 6 pacchetti Prevenzione con età pari o superiore ai 65 anni compiuti.	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT " digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale; Descrizione dettagliata dell'intervento di Rigenerazione
8509	Protesi totale definitiva tipo overdenture/all on four/all on six/riutilizzo protesizzazione post pacchetto prevenzione arcata edentula - (indipendentemente dai materiali/metodica/tecnica) per arcata	Fruibile solo in associazione ai codici 8502 oppure 8503 da assistiti con età pari o superiore a 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni solo se liquidato un pacchetto di riabilitazione totale, non sovrapponibile ad altre tipologie di protesi mobili e/o fisse del flusso ordinario (per la medesima arcata).	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale con protesizzazione definitiva posizionata e Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto
8510	Protesi totale provvisoria tipo overdenture/all on four/all on six/riutilizzo protesizzazione post pacchetto prevenzione arcata edentula - (indipendentemente dai materiali/metodica/tecnica) per arcata	Fruibile solo in associazione ai codici 8502 oppure 8503 da assistiti con età pari o superiore a 65 anni compiuti. Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni solo se liquidato un pacchetto di riabilitazione totale, non sovrapponibile ad altre tipologie di protesi mobili e/o fisse del flusso ordinario (per la medesima arcata).	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o CBCT "digitali da inviare telematicamente o immagini impronta digitale. POST-TRATTAMENTO: Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto