



NOMENCLATORE TARIFFARIO
ODONTOIATRIA

2022

Indice

SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE	>>	5
PREMESSA	>>	6
NORME OPERATIVE	>>	7
MODALITÀ DI FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI ORTODONTICHE E ODONTOIATRICHE	>>	15
ESAMI DIAGNOSTICI PRE E POST CURE	>>	20
CERTIFICAZIONE DEL LABORATORIO ODONTOTECNICO O DELL'ODONTOIATRA DI FIDUCIA	>>	22
ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA (SOLO DIGITALIZZATA)	>>	23
AVVERTENZE AMMINISTRATIVE/SANITARIE PER LA FORMA DIRETTA (SOLO ONLINE)	>>	26
CENTRALE INFORMATIVA SANITARIA ODONTOIATRICA	>>	28
IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE A RIMBORSO	>>	30
NOMENCLATORE - TARIFFARIO ODONTOIATRIA FASI 1.1.2022	>>	31
SEZIONE R. - PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE	>	31
Parodontologia	>	31
Chirurgia Orale	>	32
Conservativa	>	34
Endodonzia	>	35
Implantologia	>	36
Protesi	>	37
Protesi fisse	>	38
Protesi rimovibili	>	40
Gnatologia	>	42
Radiologia Odontoiatrica	>	42
Pedodonzia	>	43
Parodontologia	>	44
Chirurgia Orale	>	45
Conservativa	>	46
Endodonzia	>	47
Protesi fissa	>	48
Gnatologia	>	49
Ortodonzia	>	50
Radiologia Pedodontica	>	52
PROGETTO PREVENZIONE IN ODONTOIATRIA	>>	53
Prevenzione del Cancro del Cavo Orale	>	57
Prevenzione Pedodontica	>	57

Prevenzione Odontoiatrica – Detartrasi	>	57
Prevenzione Malattie Sistemiche attraverso il Trattamento dell’Edentulia	>	57

SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE

Gentili Iscritti e Spettabili Strutture Sanitarie,

si ricorda che, come consolidato, per richiedere i rimborsi è prevista una PROCEDURA ONLINE CHE OFFRE, AGLI ASSISTITI E ALLE STRUTTURE SANITARIE, LA POSSIBILITÀ DI TRASMETTERE DIGITALMENTE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA, utilizzando le proprie credenziali di accesso all'Area Riservata dell'assistito.

La trasmissione digitale della documentazione di spesa e/o dei piani di cure, laddove previsti, consentirà la riduzione dei tempi di liquidazione da parte del Fasi, all'Iscritto e alla Struttura Sanitaria (nelle rispettive sezioni e limitatamente a quanto concesso dalla normativa sulla privacy) di consultare tutta la documentazione di spesa trasmessa online.

Il Fasi continua, comunque ed in via residuale, a mantenere la possibilità 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 Strutture, 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).

Si consiglia, infine, di consultare il sito del Fondo per una più ampia e dettagliata informativa in merito all'argomento trattato.

PREMESSA

LA COLLABORAZIONE DEGLI ISCRITTI E DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE PER UN SERVIZIO PUNTUALE ED EFFICIENTE

Il Fasi, forte dei risultati derivanti dalla semplificazione introdotta negli anni precedenti e, accogliendo le richieste pervenute dagli Iscritti al Fondo, ha ampliato l'offerta delle prestazioni relative alla branca Odontoiatria, inserendo una nuova sezione di Pedodonzia (odontoiatria pediatrica/infantile) dedicata ai figli degli Iscritti, ampliando le prestazioni nella sezione dedicata agli adulti ed introducendo nuovi pacchetti di prevenzione in campo odontoiatrico.

Si riepilogano, quindi, gli adempimenti stabiliti per accedere ai rimborsi previsti per le prestazioni odontoiatriche sia in forma indiretta sia in forma diretta relativi all'anno 2022.

Si invitano gli Iscritti, pertanto, a prenderne visione ed a leggere con attenzione le diverse sezioni in essa contenute, **al fine di ottenere un servizio puntuale ed efficiente.**

Operando diversamente, si potranno determinare disguidi e/o disservizi, con il conseguente ritardo nelle liquidazioni nonché la possibile perdita del diritto al rimborso delle spese sostenute. Lo stesso invito è rivolto alle Strutture Sanitarie Odontoiatriche convenzionate in forma diretta per le quali, quanto è esposto nella presente Guida e nel relativo Nomenclatore - Tariffario, è da considerarsi valido per tutta la durata dell'accordo di convenzione stipulato.

NORME OPERATIVE

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA PRESSO STRUTTURE SANITARIE ODONTOIATRICHE NON CONVENZIONATE CON IL FASI

MODELLO UNIFICATO “PIANO DI CURE/RICHIESTA DI RIMBORSO”

Il modello, scaricabile dal sito Istituzionale, è utilizzabile per trasmettere al Fasi 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, in merito alla tipologia delle prestazioni da eseguire e delle eventuali limitazioni temporali.

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 unitamente al suddetto modello (utilizzare un modulo per ciascun componente il nucleo familiare assistito, **avendo cura di indicare chiaramente il nominativo della persona soggetta alle cure odontoiatriche**), invitando l’odontoiatra medesimo alla sua compilazione. **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/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;
- accertare, prima di iniziare le cure, se per tutte o per alcune prestazioni odontoiatriche individuate come da eseguire sono previsti **limiti od obblighi** da rispettare, rilevabili dal Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria in vigore. In particolare, **i limiti** (di natura amministrativa) indicano se una determinata cura odontoiatrica, ai fini dell’ottenimento del rimborso da parte del Fasi, può essere ripetuta nel tempo da ciascun assistito. **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’Iscritto/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.

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 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, tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail depositato presso il Fondo (dall'Isritto comunicato), 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 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 verifiche amministrative, **invierà l'esito entro 12 giorni lavorativi dall'arrivo del suddetto "Piano di Cure"**. 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 depositato presso il Fondo. 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. Si rammenta che, la mancata ricezione degli esiti in formato cartaceo, non potrà essere ascritta al Fondo.

La valutazione dei limiti temporali 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.

SI RICORDA, 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 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 medesimo, 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. Nel caso di trasmissione di un "Piano di Cure" telematico con l'opzione di inoltro degli accertamenti radiografici via posta con "modulo di accompagnamento", qualora questi siano stati impropriamente inviati in originale, saranno restituiti, fermo restando che, il relativo esito del "Piano di Cure" sarà comunque trasmesso telematicamente.

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 dall'Iscritto al Fasi, dovrà necessariamente essere inoltrato 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'Iscritto 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 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 regolamentari previsti.**

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 semplificata e guidata, verrà richiesto di:

- indicare la tipologia di richiesta selezionando "odontoiatrica";
- 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);
- 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 odontoiatrica costituita da n.3 documenti di spesa di cui un primo acconto datato 13 dicembre 2020, un secondo acconto datato 25 giugno 2021 ed un saldo/saldo parziale datato 9 gennaio 2022, l'anno di riferimento è il 2022 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;
- indicare in calce al "Modello unificato odontoiatria" l'eventuale iscrizione ad un Fondo Cassa/Fondo Sanitario Integrativo al Fasi e con quest'ultimo accreditato (l'elenco è riportato all'interno del Sito Istituzionale del Fasi);
- 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. Si ricorda inoltre di non acquisire nella presente sezione documentazione diversa da quella di spesa (esempio: dichiarazioni; radiografie; certificati ecc.);
- 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 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 si rilevasse la

necessità di assistenza, 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 che prevede anche l'applicazione della etichetta autoadesiva trimestrale.

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 privacy).

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).

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 dalla normativa sulla privacy).

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 con il relativo processo di digitalizzazione, semplificano l’iter anche per le prestazioni eseguite all’estero, pur rimanendo invariata la necessità di presentare un “Piano di Cure” con gli obblighi previsti, 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 con modalità digitalizzata **e unitamente al modello una relazione redatta dall’odontoiatra (accompagnata da una traduzione in italiano o in inglese)** 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 compilata e inviata **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’Iscritto 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 modificazioni/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.

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.

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 (digitalizzato) **anche la copia della quietanza di pagamento (anch'esso digitalizzato)**; 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 temporali 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 che prevedano un ricovero, si deve fare riferimento al Tariffario per le prestazioni di medicina e chirurgia edizione 1.1.2022 (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 tale da rendere necessario il ricovero.

Il rimborso delle prestazioni odontoiatriche avverrà comunque nei limiti economici e temporali previsti dal Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria edizione 1.1.2022 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 1.1.2022.

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 1.1.2022. 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 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 anche 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;
- 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 fruite 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, ortopantomica, 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 fruite in forma indiretta sia in forma diretta), il Fondo si riserva la facoltà di sottoporre l’assistito ad una visita medica di controllo.**

Tale visita verrà effettuata da un medico incaricato dal Fasi, presso una delle strutture da quest’ultimo indicata, 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 con particolare riguardo a quella pre cure relativa alle prestazioni oggetto della verifica. Nel caso in cui si rendesse necessario, il predetto medico 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; la visita odontoiatrica (viene riconosciuta esclusivamente la Prima Visita Pedodontica secondo i limiti esposti nel Nomenclatore – Tariffario); 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 splintaggio interdentale, né ai codici relativi al bite/placche diagnostiche qualsiasi metodica); il trattamento di desensibilizzazione; il trattamento laser per le tasche parodontali; la mesostruttura di ricostruzione su impianti (al di fuori di quanto esplicitamente regolamentato all'interno del Nomenclatore – Tariffario edizione 1.1.2022 (non assimilabile né al perno moncone, né all'attacco di precisione), ovvero, è rimborsabile 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); la riparazione/aggiunta/sostituzione/saldatura di elementi dentari e/o ganci di protesi preesistenti; i ganci a filo (già compresi nelle protesi mobili - qualsiasi tipo e non assimilabile al codice 2633 attacchi di precisione); i trattamenti di Apexogenesi; i trattamenti di Apacificazione 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.

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 (non assimilabile al codice 2626 Protesi Scheletrata); la Prostesi 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 corona protesica completa fissa e definitiva, come meglio specificato nelle premesse di sottobranchia "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); l'inserimento di materiale biocompatibile codice 2587 nello stesso trimestre in cui viene richiesto il codice 2616 e viceversa; 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 (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 1.1.2022, 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 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 riabilite 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).

Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni al di fuori della codifica del Nomenclatore – Tariffario edizione 1.1.2022; 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 sottobrancha" 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 risultano 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 modificazioni/ 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.

Si rammenta, altresì, che 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 fruite da più familiari/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);

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, 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.

Le cure ortodontiche fruite in forma diretta, dovranno essere richieste al rimborso dalle Strutture Sanitarie convenzionate in una unica soluzione annua, ovvero, la Struttura Sanitaria non potrà frazionare le richieste di rimborso nel corso del singolo anno di trattamento.

Si ricorda, inoltre, che le cure ortodontiche **sono rimborsabili fino all'anno di 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 2020 corrispondono ad un anno di rimborso; solo arcata superiore oppure solo inferiore fatturata nel 2021, 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.

Infine, si rammenta che la contenzione ortodontica è rimborsabile, nell'ambito dei limiti previsti, solamente con il codice progressivo 30310 e non è assimilabile ad 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 di trattamento, 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. Si invita a porre particolare attenzione alla richiesta del codice 30310 poiché, la contenzione ortodontica viene eseguita al termine del trattamento e pertanto, l'eventuale rimborso del codice 30310, preclude il successivo rimborso delle voci relative al trattamento ortodontico stesso (indipendentemente dall'arcata) pur se non si è fruito di tutti gli anni di rimborso massimi previsti. 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 (relativo alla prevenzione) indipendentemente dai materiali utilizzati.

Cure Odontoiatriche

Queste tipologie di cure, che **non devono essere confuse con le cure ortodontiche** di cui al precedente paragrafo, anche per il 2022 necessitano di un "Piano di Cure" preventivo solo per le prestazioni esplicitamente esposte nella colonna "Limiti ed Obblighi" del Tariffario in vigore.

Si ricorda che 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.

Fatture parziali

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 fruito in forma indiretta, deve essere inviata secondo il trimestre al quale si riferisce la sua data di rilascio mentre per le prestazioni fruito 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, questa venga considerata quale "saldo parziale" nel caso in cui sia rilevabile l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate.

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 fruito in forma indiretta, come previsto dall'art. M del Regolamento. Per le prestazioni fruito 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 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 2021, viene imputata al 1° trimestre 2021).

Pertanto, la cadenza della rimborsabilità delle prestazioni odontoiatriche soggette a limiti temporali (ad esclusione di: ortodonzia, radiografie e foto), 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 2021 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 2024.

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 (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'Isritto e/o della Struttura Sanitaria convenzionata in forma diretta, far rettificare e/o rettificare il dato non corretto.

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.

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, 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 (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 – Dentscan o Tomografia a fascio conico

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 Dentscan (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, 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

Non essendo intendimento del Fondo imporre linee di protocollo medico ma, precisando che quanto indicato corrisponde a quanto previsto dai protocolli medici stessi, 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” pre e/o post cure, esclusivamente, secondo le modalità di seguito riportate:**

- codice 2615 (impianti osteointegrati): le foto devono essere eseguite, per il pre cure, prima del posizionamento dell'impianto (pre estrattive o intraoperatorie); non saranno considerate valide le foto che mostrano eventuali vecchi manufatti nella sede richiesta, mentre, per il post cure, l'immagine deve mostrare la “vite di guarigione” (non rimborsabile e non assimilabile alla componentistica protesica definitiva su impianti), non potranno essere considerate valide le foto degli impianti con protesi già posizionate;
- 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 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 deve mostrare il manufatto definitivo prima della protesizzazione finale. Si precisa che, il codice è rimborsabile solo contestualmente al relativo impianto e tale rimborso (come per l'impianto) non è ripetibile nella stessa sede nominale ed anatomica;
- codici 2671-2618-2619-30332: le foto devono essere eseguite, per il pre cure, prima del posizionamento delle corone definitive, ossia devono mostrare i monconi (naturali o impianti) senza le protesi per i codici 2671-2618-2619 mentre, per il post cure, l'immagine deve mostrare le protesizzazioni definitive posizionate nelle sedi richieste. Non potranno essere ammesse le fotografie delle protesi sui modelli in gesso;
- codici 2623-30331: per il post cure le fotografie devono mostrare il moncone del dente naturale preparato per la protesizzazione (con corona protesica completa);
- codici 2673-30334: le foto pre cure 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, il post cure 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. Non potranno essere ammesse le fotografie sui modelli in gesso;
- 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 possono essere inoltrate in copia fotostatica oppure 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 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 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) si potranno inoltrare le foto suindicate allegandole alla relativa richiesta di rimborso. Anche nel caso delle cure ortodontiche, la documentazione deve recare il riferimento all'assistito (nome e cognome). Nel caso specifico 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 del 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, 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 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) 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 DIGITALIZZATA)

PRESSO STRUTTURE SANITARIE ODONTOIATRICHE CONVENZIONATE

Si conferma anche per il 2022, la diversificazione tra le tariffe di rimborso per le prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie Odontoiatriche non convenzionate e quelle convenzionate in forma diretta, con i vantaggi già noti agli Iscritti. I costi delle prestazioni rese in quest'ultime strutture saranno richiesti al Fondo dalle Strutture Sanitarie solo ed esclusivamente in modalità digitalizzata, inviando quindi telematicamente le fatture (regolarmente assoggettate ad imposta di bollo), i cui originali saranno obbligatoriamente consegnati agli assistiti che non devono trasmetterli al Fasi né in originale né in copia.

Si ricorda quindi che, fruendo delle prestazioni in forma diretta, oltre a beneficiare del vantaggio economico, 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 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 privacy e successive modificazioni e/o integrazioni.

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

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.

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, 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;
- 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 informato dalla Struttura stessa, dovrà verificare, 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, 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, **comunicerà 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 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,** 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 fruite (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 2022

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 2022.

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 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 privacy 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;
- 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, 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 sensibili, così come previsto dal D. Lgs. 196/2003 e successive integrazioni e/o modificazioni sulla privacy;

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”, può richiedere al Fasi l'acconto del 50% del Pacchetto Prevenzione prescelto dall'assistito.

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, pur rimanendo fermi gli importi concordati, 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 Tomografia Volumetrica a fascio conico”) 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 (Ortopantomografia; Telecranio; Dentascan) convenzionati in forma diretta con il Fondo, presso i quali è pos-sibile eseguire gli accertamenti diagnostici 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, 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 privacy 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.

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:

- Servizio internet 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 anagrafico/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 con caselle vocali (sempre attivi)
I servizi sono accessibili senza l'utilizzo di password. Attraverso tali servizi è possibile formulare un quesito, utilizzando una propria casella vocale e ascoltare la risposta, generalmente, entro le otto ore lavorative successive.
- 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 computer tramite il quale si accede al sito 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.

NOMENCLATORE-TARIFFARIO ODONTOIATRIA FASI 1.1.2022

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 2022. 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 2022. 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), medicinali e materiali.

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, chirurgia parodontale (biomateriali, membrane ed eventuali viti di fissaggio sono comprese nel codice stesso). Il codice 2587 non è rimborsabile nello stesso trimestre in cui viene richiesto il codice 2616 per la stessa emiarcata. Altresì il codice 2587 non è sovrapponibile e/o rimborsabile nello stesso trimestre in cui vengono richieste prestazioni di chirurgia maxillo-facciale. Il codice 2589 "Splintaggio interdentale" è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali a partire dai 25 anni di età 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 Fasi

identificate con apposito codice per specifiche fasce di età) e non sono rimborsabili nello stesso trimestre in cui viene richiesto il Pacchetto Prevenzione in Gravidanza. 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 di età	160,00	160,00	Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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 di età	243,00	243,00	Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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 di età	269,00	269,00	Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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 di età	72,00	72,00	Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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	176,00	203,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata Obblighi PRE-TRATTAMENTO Dichiarazione dell'odontoiatra curante che specifichi il tipo di intervento che si prevede di eseguire. POST-TRATTAMENTO Dichiarazione dell'odontoiatra curante che specifichi il tipo di intervento effettivamente eseguito.
2588	Levigatura radicolare e curettage gengivale (per emiarcata) – a partire dai 17 anni di età	20,00	20,00	Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 2 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica)
2589	Splintaggio interdentale - qualsiasi materiale impiegato - solo per problematiche parodontali a partire dai 25 anni di età - per emiarcata	67,00	67,00	Limiti Rimborso a partire dai 25 anni di età compiuti e 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 Apecificazione. 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 dai 21 anni di età non può essere richiesto in associazione ai codici della sezione "Pedodonzia-Ortodonzia". 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 dai 17 anni di età, non ricompresi nelle altre sottobranche. 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, 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 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 dai 17 anni di età - 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) e relazione del Medico che dichiara 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 di età	170,00	170,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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 di età	120,00	120,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 21 anni di età e non ripetibile sullo stesso elemento.</p> <p>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</p>
2594	Estrazione di dente o radice (semplice o complessa) di elemento permanente comprese eventuali suture - ad elemento naturale	36,00	36,00	<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	143,00	143,00	<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. 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	130,00	130,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt oppure Rx endorale pre cure che mostri chiaramente l'elemento naturale in inclusione ossea parziale. 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 di età	83,00	83,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e non ripetibile sulla stessa arcata indipendentemente dall'età.</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2645	Interventi di chirurgia orale – a partire dai 17 anni di età	65,00	65,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età. Applicabile solo a piccoli interventi di chirurgia orale non ricompresi nelle sottobranches e/o non riconducibili ad altre voci di chirurgia. Non assimilabile: allo scollamento del solco gengivale; alla scopertura 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. 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 Rizectomia del medesimo elemento dentario)</p>

Conservativa

Premesse specifiche di sottobrancha:

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 di età	30,00	30,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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 di età	185,00	185,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età – applicabile solo ad elementi permanenti e non sovrapponibile ad altri codici di Intarsio (non rimborsabile sul gruppo anteriore). Non ripetibile prima di 5 anni (indipendentemente se permanente o deciduo, materiale e/o metodica).</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 di età	120,00	120,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età – applicabile solo ad elementi permanenti e non sovrapponibile ad altri codici di Intarsio (non rimborsabile sul gruppo anteriore). Non ripetibile prima di 5 anni (indipendentemente se permanente o deciduo, materiale e/o metodica).</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Comprovato da dichiarazione su carta intestata dell'odontoiatra in caso di metodica diretta. In caso di metodica indiretta, comprovato da Dichiarazione di Conformità del laboratorio riportante il numero ITCA. Nel caso in cui il manufatto sia realizzato con tecnica cad cam, anche copia del lotto relativo al materiale utilizzato per la realizzazione dello stesso.</p>
2650	Otturazione di cavità di 1° - 3° - 5° classe - qualsiasi materiale - ad elemento permanente dai 17 anni di età	36,00	36,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e 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 di età	47,00	47,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente dalla classe, dall'età e 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 di età	57,00	57,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 3 anni</p>

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. I codici 2613-30329 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
2610	Cura canalare completa 1 canale (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento permanente - comprese rx endorali	98,00	110,00	<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
2611	Cura canalare completa 2 canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento permanente - comprese rx endorali	118,00	130,00	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)
2612	Cura canalare completa 3 o più canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento permanente - comprese rx endorali	162,00	194,00	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)
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	Ritrattamento 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	84,00	110,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente. Non si somma ad alte voci di ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali)
2668	Ritrattamento 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	128,00	180,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente. Non si somma ad alte voci di ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali)
2669	Ritrattamento 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	212,00	250,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento permanente. Non si somma ad alte voci di ritrattamento endodontico (indipendentemente dal numero di canali) e/o cura canalare (qualsiasi numero di canali)

Implantologia

Premesse specifiche di sottobranca:

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 necessitano di trattamento rigenerativo propedeutico o contestuale all'inserimento di fixture implantari (biomateriali, membrane ed eventuali viti di fissaggio sono comprese nel codice stesso). Il codice 2616 non è rimborsabile nello stesso trimestre in cui viene richiesto il codice 2587 per la stessa emiarcata e non è rimborsabile nello stesso trimestre in cui viene richiesto il Pacchetto Rigenerazione. Altresì il codice 2616 non è sovrapponibile e/o rimborsabile nello stesso trimestre in cui vengono richieste prestazioni di chirurgia maxillo-facciale. 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	580,00	790,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile nella stessa sede dentaria indipendentemente dalla dimensione dello spazio edentulo da riabilitare</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale o Dentascan o Tomografia a Fascio conico. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale post intervento (impianto posizionato). Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure".</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
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 nello stesso trimestre e/o in associazione alla voce di "Inserimento di materiale biocompatibile" e/o ad eventuali voci di chirurgia maxillo facciale.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale o Dentascan o Tomografia a Fascio conico. POST-TRATTAMENTO: Opt post intervento oppure Foto Intraoperatoria. Descrizione dettagliata dell'intervento eseguito.</p> <p>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 solo per componentistica definitiva e solo contestualmente al relativo impianto. Non ripetibile nella stessa sede.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Dentascan o Tomografia a Fascio conico 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".</p> <p>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 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. 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). 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. Il codice 2620 "Corona provvisoria rinforzata o armata" è rimborsabile solo dietro presentazione del certificato del laboratorio odontotecnico (non è riconosciuto il rimborso a fronte della certificazione di realizzazione dello stesso con tecnica CAD CAM dal medico odontoiatra). 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). 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. 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. 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 di età	150,00	160,00	<p>Limiti Rimborso dai 17 anni di età e 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: Fotografia intraorale vestibolare-linguale per elementi dell'arcata inferiore e vestibolare-palatale per gli elementi dell'arcata superiore. POST-TRATTAMENTO: Fotografia Intraorale vestibolare-linguale post protesizzazione inferiore e vestibolare-palatale post protesizzazione superiore. 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 di età	258,00	258,00	<p>Limiti Rimborso dai 17 anni di età e 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 della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings post protesizzazione. Per eventuali alternative fare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure".</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2619	Corona Ip e ceramica – corona metal free (ceramica o materiali ceramici integrali/monolitici – sistemi cad cam) per elemento/impianto – dai 17 anni di età	327,00	470,00	<p>Limiti Rimborso dai 17 anni di età e 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 della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings post protesizzazione. Per eventuali alternative fare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure".</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2620	Corona provvisoria rinforzata o armata - per elemento/impianti – dai 17 anni di età	40,00	40,00	<p>Limiti Rimborso dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2672	Corona provvisoria in resina diretta o indiretta - per elemento/impianto – dai 17 anni di età	33,00	33,00	<p>Limiti Rimborso dai 17 anni di età e 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 Ip 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.</p> <p>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 a partire dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede.</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: foto intraorale del moncone preparato per la protesizzazione.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
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	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede. Non applicabile alla rimozione di corone protesiche provvisorie).</p> <p>Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
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	<p>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).</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: foto intraorale della singola corona protesica da riparare. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
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 di età	260,00	325,00	<p>Limiti Rimborso dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 5 anni nella medesima sede indipendentemente dallo spazio da riabilitare. Solo per protesizzazione definitiva. Non applicabile a sedi dentari i cui elementi contigui risultino riabilitati con corone protesiche definitive e/o provvisorie e/o impianti.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings prima della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings post protesizzazione. Per eventuali alternative fare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure". Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

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	610,00	610,00	<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>
2627	Protesi parziale definitiva rimovibile, comprensiva di ganci ed elementi (edentulia parziale monolaterale) per emiarcata	330,00	330,00	<p>Limiti Rimborso non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata. 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>
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>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
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 emiarcata. Non rimborsabile in associazione ad altre riabilitazioni parziali provvisorie 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	767,00	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	330,00	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>
2631	Ribasamento di protesi rimovibile, per arcata - sistema indiretto	95,00	95,00	<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. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
2647	Ribasamento di protesi rimovibile, per arcata - sistema diretto	50,00	50,00	<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	100,00	100,00	<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. Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
21997	Protesi totale definitiva tipo overdenture/all on four/all on six/ toronto bridge	767,00	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>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
21998	Protesi totale provvisoria tipo overdenture/all on four/all on six/toronto bridge	330,00	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.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>
30305	Protesi totale definitiva di tipo rimovibile ancorata su barra (comprensivo di barra e ritenzioni) sostenuta da impianti - per arcata	620,00	770,00	<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.</p> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure</p>

Gnatologia

Premesse specifiche di sottobranca:

Non sono rimborsabili l'eventuale registrazione dei rapporti intermassellari 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 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 di età	40,00	40,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 17 anni di età e non ripetibile prima di 1 anno</p>
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 di età	199,00	199,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 21 anni di età e 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.</p> <p>Obblighi Comprovato da Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto.</p>
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 di età	150,00	150,00	<p>Limiti Rimborso a partire dai 21 anni di età e 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.</p>

Radiologia odontoiatrica

Premesse specifiche di sottobranca:

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, è obbligatorio l'inoltro delle immagini alla di cui richiesta.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
2649	Rx endorali/Bite Wings	5,00	5,00	<p>Limiti Rimborsabili 1 Rx endorale/Bite Wings pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono fino ad un massimo di 6 l'anno (non sovrapponibili nella quantità alle Fotografie o Immagini video Intraorali)</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Obbligo di presentazione delle immagini richieste in fase di rimborso (nella quantità richiesta)</p>
2637	Ortopantomografia delle due arcate	21,00	21,00	<p>Limiti Rimborsabile al massimo 2 volte l'anno.</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Obbligo di presentazione delle immagini richieste in fase di rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione</p>
2638	Telecranio (qualsiasi numero di proiezioni)	29,00	29,00	<p>Limiti Rimborsabile al massimo 2 volte l'anno</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Obbligo di presentazione delle immagini richieste in fase di rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione</p>
2651	Fotografia o immagine video intraorale – dai 17 anni di età	5,00	5,00	<p>Limiti Rimborsabile dai 17 anni di età, 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.</p> <p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Obbligo di presentazione delle immagini richieste in fase di rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione</p>
2663	Dentascan o tomografia volumetrica a fascio conico: 1 arcata	95,00	95,00	<p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Obbligo di presentazione delle immagini richieste in fase di rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione</p>
2664	Dentascan o tomografia volumetrica a fascio conico: 2 arcate	130,00	130,00	<p>Obblighi POST-TRATTAMENTO: Obbligo di presentazione delle immagini richieste in fase di rimborso (nella quantità richiesta) con evidenza, sui radiogrammi, della data di esecuzione</p>

Pedodonzia

Premesse specifiche di sottobranca:

La branca prevede prestazioni dedicate alla fascia di età fino a 16 anni (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 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 2022.

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. 1.1.2022. 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. 1.1.2022. 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), medicinali e materiali.

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 e non sono rimborsabili nello stesso trimestre in cui viene richiesto il Pacchetto Prevenzione in Gravidanza. 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. Massimo 1 volta mai ripetibile. Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure
30301	Igiene orale pedodontica- istruzione di igiene orale	15,00	20,00	Limiti Rimborsabile una volta ogni 2 anni a partire dai 5 anni di età compiuti ai 16 anni di età compiuti. Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure
30302	Fluoroprofilassi in età pedodontica	10,00	15,00	Limiti Rimborsabile a partire dai 4 anni compiuti ai 12 anni compiuti e non ripetibile prima di 1 anno. Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure
30311	Chirurgia gengivale per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura) - fino a 16 anni compiuti	112,00	112,00	Limiti Rimborso fino ai 16 anni di età compiuti e 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 di età compiuti e 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 di età compiuti e non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica).
30314	Gingivectomia come unica prestazione - per emiarcata - fino a 16 anni compiuti	50,00	50,00	Limiti Rimborso fino ai 16 anni di età compiuti e non ripetibile prima di 5 anni sulla stessa emiarcata (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30315	Levigatura radicolare e curettage gengivale (indipendentemente dal numero di emiarcate sottoposte a trattamento) - fino a 16 anni compiuti	40,00	40,00	Limiti Rimborso fino a 16 anni di età compiuti e non ripetibile prima di 2 anni (indipendentemente se fascia di età adulta o pedodontica). Non rimborsabile nello stesso anno solare dell'Igiene Orale Pedodontica.

Pedodonzia - Chirurgia Orale

Premesse specifiche di sottobranchia:

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 Apacificazione. 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 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 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 30321 è applicabile a piccoli interventi di chirurgia orale fino a 16 anni di età. 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 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
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	60,00	60,00	Limiti Rimborso fino a 16 anni di età compiuti - a seduta per massimo 3 sedute - unicamente in forma diretta. Non rimborsabile in associazione ai codici di Visita pedodontica, Igiene Orale, Levigature, Terapia Ortodontica, prestazioni gnatologiche. Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.
30304	Apacificazione - comprensivo delle manovre di accesso endodontico - comprensivo di eventuali rx endorali- indipendentemente dal numero di sedute	60,00	90,00	Limiti Rimborso mai ripetibile nella stessa sede. 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.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30316	Anestesia generale - solo in corso di ricovero (fino a 16 anni di età - a ricovero)	220,00	Non Prev.	<p>Limiti Rimborsabile fino a 16 anni di età compiuti - 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) e relazione del Medico che dichiara le limitazioni funzionali che rendono necessario l'intervento in regime di ricovero e la partecipazione del Medico Anestesista.</p>
30317	Disinclusione denti ritenuti per elemento (comprensivo della prestazione dell'ortodontista per ancoraggio) - fino a 20 anni compiuti	120,00	120,00	<p>Limiti Rimborsabile fino ai 20 anni di età compiuti e non ripetibile sullo stesso elemento.</p> <p>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.</p>
30318	Estrazione di dente o radice semplice o complessa di elemento deciduo (comprese eventuali suture e sedazione)	28,00	28,00	<p>Limiti Rimborso mai ripetibile sullo stesso elemento dentario.</p>
30319	Germectomia (comprensiva di tutte le fasi ed attività chirurgiche comprensivo di lembo mucogengivale e/o osteotomia e/o odontotomia - suture e sedazione - esclusa sedazione con protossido) fino a 16 anni di età compiuti	70,00	85,00	<p>Limiti Rimborsabile fino a 16 anni di età compiuti e non ripetibile sullo stesso elemento.</p> <p>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.</p>
30320	Frenulotomia o frenulectomia per arcata - fino a 16 anni compiuti	75,00	75,00	<p>Limiti Rimborsabile fino ai 16 anni di età compiuti e non ripetibile sulla medesima arcata.</p>
30321	Interventi di piccola chirurgia ascessi - fino a 16 anni compiuti	45,00	45,00	<p>Limiti Rimborsabile fino a 16 anni di età compiuti fino ad un massimo di 3 interventi l'anno.</p> <p>Obblighi Obbligo di trasmissione preventiva del piano di cure.</p>

Pedodonzia - 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 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 Apacificazione (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 di età compiuti e non ripetibile prima di 3 anni.
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	80,00	80,00	Limiti Rimborsabile fino a 16 anni di età compiuti – non sovrapponibile ad altri codici di Intarsio (non rimborsabile sul gruppo anteriore). Non ripetibile prima di 5 anni (indipendentemente se permanente o deciduo, materiale e/o metodica). Obblighi POST-TRATTAMENTO: Comprovato da dichiarazione su carta intestata dell'odontoiatra in caso di metodica diretta. In caso di metodica indiretta, comprovato da Dichiarazione di Conformità del laboratorio riportante il numero ITCA. Nel caso in cui il manufatto sia realizzato con tecnica cad cam, anche copia del lotto relativo al materiale utilizzato per la realizzazione dello stesso.
30324	Otturazione di qualsiasi cavità di 1° - 2° - 3° - 4° - 5° classe - qualsiasi materiale - ad elemento permanente fino ai 16 anni di età	33,00	33,00	Limiti Rimborsabile fino a 16 anni di età compiuti, applicabile solo ad elementi permanenti. Non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente se deciduo o permanente e/o dalla classe e non associabili ad altri codici di otturazione.
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)	30,00	30,00	Limiti Rimborso non ripetibile prima di 3 anni indipendentemente se deciduo o permanente e /o dalla classe e non associabile ad altri codici di otturazione.
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	50,00	50,00	Limiti Rimborso fino a 16 anni di età compiuti e non ripetibile prima di 3 anni (indipendentemente se deciduo o permanente).

Pedodonzia - 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. 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	70,00	80,00	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).
30328	Cura canalare completa di elemento deciduo pluriradicolato - 2 o più canali (indipendentemente dal numero di canali) compresa qualsiasi tipo di otturazione compresa ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento - comprese rx endorali	110,00	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).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
30329	Pulpotomia e otturazione della camera pulpare 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	Ritratamento 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	80,00	100,00	Limiti Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento deciduo indipendentemente dal numero di canali. Non si somma ad alte voci di ritratamento 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 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 $\frac{3}{4}$ 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: amelogenesi o dentinogenesi imperfetta) - per elemento a partire dai 12 anni fino ai 16 anni compiuti	50,00	50,00	Limiti Rimborsabile a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni di età compiuti e non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede. Obblighi POST-TRATTAMENTO: foto intraorale del moncone preparato per la protesizzazione. 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 e fino ai 16 anni compiuti	150,00	160,00	<p>Limiti Rimborsabile a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni di età compiuti e 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 della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings post protesizzazione. Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure".</p> <p>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 e fino ai 16 anni compiuti	33,00	33,00	<p>Limiti Rimborsabile a partire dai 6 anni compiuti fino ai 16 anni di età compiuti e 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 sovrannumerari o in fase di eruzione) - fino ai 16 anni compiuti	182,00	225,00	<p>Limiti Rimborsabile a partire dai 12 anni compiuti fino ai 16 anni di età compiuti e non ripetibile prima di 5 anni nella stessa sede indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings prima della protesizzazione. POST-TRATTAMENTO: Opt o Rx endorale/Bite Wings post protesizzazione. Per eventuali alternative dare riferimento al paragrafo "Esami Diagnostici pre e post cure".</p> <p>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	<p>Limiti Rimborsabile fino a 16 anni di età compiuti e non ripetibile prima di 1 anno.</p>

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa Indiretta	Tariffa Diretta	Limiti e obblighi
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	<p>Limiti Rimborsabile fino a 20 anni di età compiuti e 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</p> <p>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</p>

Pedodonzia - Ortodonzia

Premesse specifiche di sottobranca:

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 del trattamento ortodontico è previsto 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 sottoposte al trattamento. Il codice 30310 non è rimborsabile nello stesso anno in cui viene riconosciuto il trattamento ortodontico (indipendentemente dall'arcata). Si invita a porre particolare attenzione alla richiesta del codice 30310 poiché, la contenzione ortodontica viene eseguita al termine del trattamento e pertanto, l'eventuale rimborso del codice 30310, preclude il successivo rimborso delle voci relative al trattamento ortodontico stesso (indipendentemente dall'arcata e dalla tipologia) pur se non si è fruito di tutti gli anni di rimborso massimi previsti. 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. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: l'esame diagnostico ortodontico (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 sottobranca 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 ed 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	472,00	665,00	<p>Limiti Rimborso per anno, per massimo 3 anni (indipendentemente se trattasi di apparecchiature fisse, mobili e/o mantenimento) anche non consecutivi fino al 20esimo anno di età. Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO per anno di rimborso: telecranio o foto del "morso/morso inverso". post-trattamento per anno di rimborso: telecranio o foto dei modelli in occlusione.</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>
30308	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili/ funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico	405,00	570,00	<p>Limiti Rimborso per anno, per massimo 3 anni (indipendentemente se trattasi di apparecchiature fisse, mobili e/o mantenimento) anche non consecutivi fino al 20esimo anno di età. Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO per anno di rimborso: telecranio o foto del "morso/morso inverso". post-trattamento per anno di rimborso: telecranio o foto dei modelli in occlusione.</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>
30309	Terapia ortodontica con apparecchiature invisibili (qualsiasi tipologia/materiale) per arcata - per anno - compreso esame cefalometrico	675,00	950,00	<p>Limiti Rimborso per anno, per massimo 3 anni (indipendentemente se trattasi di apparecchiature fisse, mobili e/o mantenimento) anche non consecutivi fino al 20esimo anno di età. Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO per anno di rimborso: telecranio o foto del "morso/morso inverso". post-trattamento per anno di rimborso: telecranio o foto dei modelli in occlusione.</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	337,00	475,00	<p>Limiti Rimborso per anno, per massimo 1 anno nell'ambito dei 3 anni massimi previsti per le terapie ortodontiche, fino al 20esimo anno di età compiuto. Non sovrapponibile ad altri codici di terapia ortodontica. Solo come fase conclusiva della terapia ortodontica.</p> <p>Obblighi PRE-TRATTAMENTO: foto intraorale dell'apparecchio fisso/mobile/invisibile prima della rimozione. post-trattamento: Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (recante il numero ITCA) nel caso di contenzione mobile, mentre 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, è obbligatorio l'inoltro delle immagini alla di cui richiesta (tipologia e numero).

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 1 foto del "morso/morso inverso" o dei modelli in occlusione pre cure annuo e 1 post cure annuo solo contestualmente alla Terapia Ortodontica (qualsiasi codice ed indipendentemente dal numero di arcate), fino ai 20 anni di età e fino ad un massimo di 6 foto l'anno.</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> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure</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 di età compiuti, 1 foto intraorale pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono 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> <p>Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure</p>

PROGETTO PREVENZIONE IN ODONTOIATRIA

Il Fasi prosegue con la campagna di Prevenzione Sanitaria ampliando l'offerta per specifiche fasce di età, di prestazioni diagnostiche e terapeutiche sia in ambito odontoiatrico sia in quello non odontoiatrico. Nell'ambito odontoiatrico "con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie" (cit. iss/cnmr), sono attivi i seguenti Progetti:

- **Prevenzione del Cancro del Cavo Orale UOMO e DONNA con età uguale o maggiore a 45 anni.**
- **Prevenzione Pedodontica:**
 - **Pacchetto Bambini - Prevenzione Carie - sigillature di 4 elementi permanenti con età dai 5 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.**

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.

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 ha previsto anche l'ampiamiento dei Pacchetti Prevenzione 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, 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 2021, viene imputata al 1° trimestre 2021). La cadenza della rimborsabilità del pacchetto in questione sarà calcolata secondo il seguente esempio: Prevenzione del Cancro Cavo Orale fatturata nel 1° trimestre 2021 e successivamente rimborsata dal Fasi, se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2022.

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 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 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 e i 10 anni compiuti indipendentemente dalla durata del 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.

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 2021, viene imputata al 1° trimestre 2021). La cadenza della rimborsabilità del pacchetto Prevenzione Bambini sarà calcolata secondo il seguente esempio: Prevenzione Bambini fatturata nel 1° trimestre 2021 e successivamente rimborsata dal Fasi se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2027 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 per massimo 3 sedute di Igiene Orale/Detartrasi nel periodo di gestazione ovvero, per massimo 1 seduta 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, 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 2022, viene imputata al 1° trimestre 2022). La cadenza della rimborsabilità del pacchetto Prevenzione di Patologie parodontali in Gravidanza sarà calcolata secondo i seguenti esempi:

- o ES.1) Pacchetto fruito e fatturato nel 1° trimestre 2022 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 2022 (secondo trimestre di gestazione). Secondo tale esempio, l'assistita avrebbe a disposizione un ultimo rimborso nel 3° trimestre di gestazione (totale 3 sedute).
- o ES.2) Pacchetto fruito e fatturato nel 1° trimestre 2022 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 2022 (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, 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 l'anno 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 vigente per le prestazioni odontoiatriche 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.**

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 per un totale di 4 impianti sull'arcata inferiore oppure di 3 impianti per emiarcata superiore per un totale di 6 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'Iscritto 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. Ne consegue che, allo scadere dei limiti temporali per la riabilitazione post pacchetto prevenzione, potranno essere riconosciuti 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 per un totale di 4 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 quindi:

- o il mantenimento del gruppo anteriore;
- o estrazioni di elementi nei settori latero-posteriori;
- o il posizionamento di 2 impianti per emiarcata, per un totale di 4 impianti sulla medesima arcata;
- o 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:

- a) cod. 8508 Pacchetto Rigenerazione – può essere aggiunto, ove necessario, ad 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 e non è rimborsabile nello stesso trimestre in cui vengono richiesti i codici 2616 per la stessa arcata e/o eventuali codici di chirurgia maxillo-facciale.

Le prestazioni sopra indicate non prevedono alcuna eccedenza economica da parte dell'Iscritto 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'Iscritto nei limiti massimi sopra esposti.

Prevenzione Cancro del Cavo Orale

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
8501	Prevenzione Cancro del Cavo Orale	Prestazione non ripetibile prima di 1 anno a partire dai 45 anni compiuti	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 - Fruibile da pazienti con età compresa tra i 5 e i 12 anni compiuti e rimborsabile 1 volta ogni 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 dentari permanenti siano stati oggetto di cure.	POST-TRATTAMENTO: Fotografia intraorale oclusale superiore ed inferiore. Dichiarazione dell'odontoiatra curante con indicazione degli elementi permanenti oggetto del pacchetto.
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 - Fruibile da pazienti con età compresa tra i 4 e i 10 anni compiuti Rimborsabile 1 volta e non ripetibile indipendentemente dalla durata e/o dell'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 - massimo 3 volte durante la gravidanza di cui massimo 1 per trimestre 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 tempo-

rali 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.

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
8502	Riabilitazione totale dell'arcata inferiore (comprensivo di 4 impianti osteointegrati)	<p>Fruibile da pazienti completamente edentuli già portatori di protesi totali con età pari o superiore ai 65 anni.</p> <p>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)</p>	<p>PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per la Ribasatura indiretta.</p> <p>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).</p>
8503	Riabilitazione totale dell'arcata superiore (comprensivo di 6 impianti osteointegrati)	<p>Fruibile da pazienti completamente edentuli già portatori di protesi totali con età pari o superiore ai 65 anni.</p> <p>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)</p>	<p>PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per la Ribasatura indiretta.</p> <p>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).</p>
8504	Riabilitazione parziale dell'arcata inferiore – Ripristino del manufatto protesico esistente (comprensivo di 4 impianti osteointegrati)	<p>Fruibile da pazienti parzialmente edentuli già portatori di protesi scheletrate o parziali con età pari o superiore ai 65 anni</p>	<p>PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per la Ribasatura indiretta e gli Attacchi di precisione</p>
8505	Riabilitazione parziale dell'arcata superiore – Ripristino del manufatto protesico esistente (comprensivo di 4 impianti osteointegrati)	<p>Fruibile da pazienti parzialmente edentuli già portatori di protesi scheletrate o parziali con età pari o superiore ai 65 anni</p>	<p>PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per la Ribasatura indiretta e gli Attacchi di precisione.</p>

Pacchetto	Descrizione	Limiti Temporal Amministrativi	Obblighi
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	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per la Ribasatura indiretta, gli Attacchi di precisione, 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	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; Dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) per la Ribasatura indiretta, gli Attacchi di precisione, 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. Non rimborsabile nello stesso trimestre in cui vengono richiesti codici 2616 per la medesima arcata e/o eventuali codici di chirurgia maxillo facciale.	PRE-TRATTAMENTO: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente; Descrizione dettagliata dell'intervento di Rigenerazione
8509	Protesi totale definitiva tipo overdenture/all on four/all on six/rifacimento 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. 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 Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Ortopantomografia o "Dentascan o Tomografia Volumetrica a fascio conico" 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/rifacimento 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. 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 Tomografia Volumetrica a fascio conico" digitali da inviare telematicamente. POST-TERAPIA: Dichiarazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico (riportante il numero ITCA) con specifica della natura del manufatto