



REGOLAMENTO CASSA MUTUA TOSCANA BCC

~~ROSSO BARRATO = Parti del precedente Regolamento da eliminare~~

BLU GRASSETTO = Proposte di integrazione

SONO RIPORTATI UNICAMENTE GLI ARTICOLI
INTERESSATI DALLE PROPOSTE DI MODIFICA

Proposta CDA per Assemblea dei Soci del 28 maggio 2011

PREMESSA

1. Lo Statuto della Cassa Mutua Toscana BCC, recita:
 - all'articolo 2: *Il funzionamento della "Cassa", le condizioni, la natura e le modalità delle prestazioni sono precisati in un apposito Regolamento;*
 - all'articolo 6: *Nella domanda di iscrizione, redatta su apposito modulo, dovrà essere dichiarato di accettare le disposizioni contenute nello Statuto e nel Regolamento e di ottemperare alle prescrizioni emanate dal Consiglio di Amministrazione per la sua applicazione;*
 - all'articolo 7: *I Soci hanno l'obbligo di osservare lo Statuto, il Regolamento e le deliberazioni degli organi sociali, nonché di collaborare al buon andamento dell' "Associazione".*

Lo Statuto, pubblicato sul sito della Cassa Mutua Toscana BCC (www.mutuabcc.it), viene inviato ai Soci, dopo ogni sua variazione, presso le rispettive Aziende (sulla casella di posta individuale o tramite il Fiduciario aziendale, che è tenuto a curarne la distribuzione).

2. Il presente Regolamento si compone di **24 41** articoli e 4 allegati fino a sua modificazione, avvenuta da parte dell'Assemblea dei Soci.

Il Regolamento, pubblicato sul sito della Cassa Mutua Toscana BCC (www.mutuabcc.it), viene inviato ai Soci, dopo ogni sua variazione, presso le rispettive Aziende (sulla casella di posta individuale o tramite il Fiduciario aziendale, che è tenuto a curarne la distribuzione).

3. Le richieste di rimborso devono essere corredate della documentazione medica prevista dal presente Regolamento e inviate alla Cassa Mutua Toscana BCC nei termini stabiliti dallo stesso. Qualunque manomissione della documentazioni medica e/o di spesa sarà sanzionata, facendo decadere ogni possibilità di rimborso (vedi articolo 8 - *Norme generali e modalità di rimborso generali*).
4. Le richieste di rimborso non in regola con le norme del presente Regolamento o successivamente risultate non conformi alla luce degli accertamenti disposti dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento medesimo, verranno respinte.
5. Le richieste di rimborso vanno compilate sull'apposita modulistica predisposta dalla Cassa Mutua Toscana BCC e scaricabile dal sito all'indirizzo www.mutuabcc.it.

~~6. Qualunque manomissione della documentazioni medica e/o di spesa sarà severamente sanzionata, facendo decadere ogni possibilità di rimborso.~~

Norma spostata al punto 3

6. **I documenti di spesa, ricevute, parcelle, fatture e simili, per essere rimborsabili devono essere conformi alla normativa fiscale tempo per tempo vigente.** Per usufruire dei benefici della Cassa Mutua Toscana BCC, la documentazione dovrà essere prodotta sempre e solo in originale.

~~7. Per usufruire dei benefici della Cassa Mutua Toscana BCC, la documentazione dovrà essere prodotta sempre e solo in originale.~~

Norma spostata al punto 6

8. La Cassa Mutua Toscana BCC rimborsa esclusivamente le prestazioni esplicitamente indicate in ciascun articolo, alle condizioni e con le modalità ivi previste. Limiti delle prestazioni sono espressi all'articolo 8 del presente Regolamento.

8. **La Cassa Mutua Toscana BCC, in relazione alle prestazioni per le quali viene presentata domanda di rimborso, si riserva di richiedere ulteriore documentazione inerente patologie, esami, analisi, spese e quant'altro ritenuto necessario per la definizione della pratica (vedi articolo 9 - *Esame delle richieste di rimborso*), nonché la possibilità di sottoporre il beneficiario a visita medica di controllo a carico della Cassa. In caso di mancato**

adempimento di quanto richiesto, la Cassa non procederà al rimborso.

9. Sono esclusi dal rimborso bolli, IVA, c.a.p. e simili, applicati a qualsiasi tipologia di spesa. L'eventuale imposta non evidenziata separatamente verrà scorporata (vedi articolo 8 - *Norme generali e modalità di rimborso generali*).

Art. 3

(Soci pensionati e in attesa di pensione)

Si intendono Soci pensionati i dipendenti collocati a riposo con diritto alla corresponsione della pensione da parte dell'INPS.

Per il mantenimento dell'iscrizione è necessario che venga inoltrata richiesta scritta al Consiglio di Amministrazione.

Il Socio pensionato si impegna a versare, secondo le modalità e nei tempi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, un contributo annuale calcolato sull'importo lordo annuo della pensione INPS derivante dal lavoro bancario svolto (escluso, quindi, pensioni o assegni di invalidità percepiti a qualsiasi altro titolo) e risultante dal modello O/Bis M, arrotondato all'euro superiore. Il contributo viene determinato sulla base delle percentuali di cui all'Allegato D al presente regolamento¹.

Il versamento, effettuato a titolo di contributo, è a fondo perduto.

In caso di collocamento a riposo avvenuto nel corso dell'anno, dopo il versamento, da parte dell'Azienda, del contributo contrattuale, il Socio pensionato è esonerato dal pagamento della quota individuale fino alla fine dell'anno in corso.

In caso di collocamento a riposo avvenuto prima del versamento, da parte dell'Azienda, del contributo contrattuale, il Socio pensionato è tenuto al pagamento della quota individuale per l'anno in corso.

Il Socio pensionato che non intendesse mantenere l'iscrizione alla "Cassa" perde ogni diritto anche per gli anni futuri.

Il Socio pensionato che svolge attività lavorativa (autonoma, subordinata o parasubordinata) si impegna a versare, secondo le modalità e nei tempi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, un contributo annuale pari al ~~2% (dall'1/1/2011 pari al 2,2%)~~ sull'importo lordo annuo della pensione INPS derivante dal lavoro bancario svolto e risultante dal modello O/Bis M, arrotondato all'euro superiore (vedi Allegato D al presente regolamento).

Si intendono Soci collocati a riposo in attesa di pensione i dipendenti cessati dal lavoro ai quali manchi alla data di erogazione della pensione di anzianità o di vecchiaia (finestra) un periodo non superiore a 60 (sessanta) mesi.

Per il mantenimento dell'iscrizione è necessario che venga inoltrata richiesta scritta al Consiglio di Amministrazione.

Il Socio collocato a riposo in attesa di pensione:

- che non svolge attività lavorativa (autonoma, subordinata o parasubordinata), si impegna a versare, secondo le modalità e nei tempi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, un contributo annuale pari ~~all'1% (dall'1/1/2011 pari all'1,1%)~~ della retribuzione tabellare annua lorda propria dell'inquadramento del Socio (qualifica e scatti di anzianità) al momento della cessazione dal lavoro, in rapporto alla tipologia di contratto applicato in quel momento, arrotondato all'euro superiore;
- che svolge un'attività lavorativa parasubordinata con una delle Aziende indicate all'articolo 3 dello Statuto, si impegna a versare, secondo le modalità e nei tempi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, un contributo annuale pari al ~~2% (dall'1/1/2011 pari al 2,2%)~~ della retribuzione tabellare annua lorda propria dell'inquadramento del Socio (qualifica e scatti di anzianità) al momento della cessazione dal lavoro, in rapporto alla tipologia di contratto applicato in quel momento, arrotondato all'euro superiore.

L'entità del contributo rimane invariata fino al momento di liquidazione della pensione da parte dell'INPS.

¹ ~~Il meccanismo di calcolo della quota annuale del Socio pensionato tende a riproporzionare esattamente sulla pensione lorda annua, in relazione ai soli scaglioni IRPEF tempo per tempo vigenti, la precedente percentuale del 2% (dall'1/1/2011 del 2,2%) applicata alla pensione netta annua. Questo meccanismo:
— è stato individuato per evitare al Socio pensionato inutili adempimenti (invio annuale dell'O/Bis M) e, al tempo stesso, per semplificare gli oneri organizzativi della "Cassa" legati alla gestione di un numero sempre crescente di Soci pensionati;
— si applica ai soli Soci pensionati che non svolgono altra attività lavorativa.~~

Il versamento, effettuato a titolo di contributo, è a fondo perduto.

In caso di collocamento a riposo in attesa di pensione avvenuto nel corso dell'anno, dopo il versamento, da parte dell'Azienda, del contributo contrattuale, il Socio è esonerato dal pagamento della quota individuale fino alla fine dell'anno in corso.

In caso di collocamento a riposo in attesa di pensione avvenuto prima del versamento, da parte dell'Azienda, del contributo contrattuale, il Socio è tenuto al pagamento della quota individuale per l'anno in corso.

Il Socio collocato a riposo in attesa di pensione che non intenda mantenere l'iscrizione alla "Cassa" perde ogni diritto anche per gli anni futuri.

Art. 3 bis

(Soci ammessi ai benefici del Fondo di solidarietà BCC)

I Soci dipendenti ammessi a fruire dell'erogazione – da parte del “Fondo di solidarietà per il sostegno del reddito, dell'occupazione e della riconversione e riqualificazione professionale del personale del Credito Cooperativo” istituito presso l'INPS – di assegni straordinari per il sostegno del reddito e al versamento della contribuzione figurativa di cui alla Legge n. 662/1996, articolo 2, comma 28, nel quadro dei processi di agevolazione all'esodo, possono chiedere di rimanere iscritti alla “Cassa”.

Per il mantenimento dell'iscrizione è necessario che venga inoltrata richiesta scritta al Consiglio di Amministrazione.

Il Socio ammesso al beneficio delle prestazioni straordinarie del “Fondo” si impegna a versare, secondo le modalità e nei tempi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, un contributo annuale pari al ~~2%~~ *(dall'1/1/2011 pari al 2,2%)* dell'importo netto annuo dell'assegno erogato dal “Fondo”, arrotondato all'euro superiore.

L'entità del contributo rimane invariato per tutta la durata dell'applicazione delle provvidenze da parte del “Fondo”.

Il versamento, effettuato a titolo di contributo, è a fondo perduto.

In caso di ammissione ai benefici delle prestazioni del “Fondo” avvenuto nel corso dell'anno, dopo il versamento alla “Cassa”, da parte dell'Azienda, del contributo contrattuale, il Socio è esonerato dal pagamento della quota individuale fino alla fine dell'anno in corso.

In caso di ammissione ai benefici delle prestazioni del “Fondo” avvenuto prima del versamento alla “Cassa”, da parte dell'Azienda, del contributo contrattuale, il Socio è tenuto al pagamento della quota individuale per l'anno in corso.

L'eventuale sopravvenuta decadenza anticipata dai benefici del “Fondo”, che non dia luogo all'immediata maturazione del diritto a forma pensionistica a carico dell'INPS, impedisce al Socio il mantenimento dell'iscrizione alla “Cassa” anche per gli anni futuri. In questo caso non è dovuta al Socio la restituzione del contributo annuale eventualmente versato.

Art. 6

(Coniugi e conviventi more uxorio non a carico)

I Soci che intendano estendere le prestazioni della “Cassa” al proprio coniuge non fiscalmente a carico o al convivente *more uxorio* con reddito proprio superiore al limite previsto dalla normativa fiscale per essere considerato a carico, dovranno farne richiesta scritta al Consiglio di Amministrazione redigendo la domanda su apposito modello e versare un contributo in cifra fissa approvato dall’Assemblea dei Soci, secondo le modalità e nei tempi decisi dal Consiglio di Amministrazione.

Il contributo sarà dovuto anche nel caso di sospensione temporanea della retribuzione del Socio che non dia luogo alla decadenza disciplinata dall’articolo 9 dello Statuto.

Limitatamente ai Soci non attivi, il contributo di cui al presente articolo è calcolato sulla base della quota in essere all’inizio dell’anno di riferimento.

La domanda di estensione delle prestazioni della “Cassa” ai soggetti di cui al presente articolo sarà accolta, con decorrenza immediata delle prestazioni medesime rispetto al versamento del contributo, quando:

- il coniuge risulti continuativamente non fiscalmente a carico del Socio da meno di due anni;
- il convivente *more uxorio* con reddito proprio superiore al limite previsto dalla normativa fiscale per essere considerato a carico conviva con il Socio da meno di due anni;

Il Socio è tenuto a presentare idonea certificazione attestante l’esistenza del requisito e a fornire le eventuali integrazioni di documentazione richieste dal Consiglio di Amministrazione.

Qualora le suddette condizioni si verifichino da più di due anni, il Socio potrà ugualmente estendere le prestazioni della “Cassa” a tali soggetti. In questo caso, pur essendo tenuto al versamento del contributo di cui al presente articolo, il diritto alle prestazioni decorre dopo sei mesi di effettiva contribuzione.

A partire dal 1° gennaio 2012, in caso di nuova estensione delle prestazioni al coniuge non fiscalmente a carico o al convivente *more uxorio* con reddito proprio superiore al limite previsto dalla normativa fiscale per essere considerato a carico, già in precedenza destinatario delle prestazioni ai sensi del presente articolo, il diritto alle prestazioni decorre dopo sei mesi di effettiva contribuzione (carenza). La presente carenza non si applica qualora il soggetto provenga direttamente dalla categoria dei familiari a carico.

Qualora il Socio compri entro il mese di gennaio, con apposita dichiarazione, che il proprio coniuge o convivente *more uxorio* (che non eserciti attività di lavoro autonomo, libera professione, impresa), pur essendo non fiscalmente a carico, ha percepito nell’anno precedente un reddito complessivo lordo non superiore a 7.000,00 euro, la “Cassa” rimborserà la quota annua versata, fatti salvi gli adempimenti fiscali del caso.

La dichiarazione di cui sopra deve essere effettuata utilizzando l’Allegato C al presente Regolamento (certificazione reddituale con valore di atto notorio) da compilare in ogni sua parte e sottoscrivere.

Per garantire la stabilità patrimoniale della “Cassa”, la gestione della presente categoria, congiuntamente a quella dei figli conviventi non fiscalmente a carico (articolo 6 bis), dovrà mantenere un equilibrio finanziario fra il complesso delle entrate per contributi e il complesso delle uscite per erogazioni, calcolato sui dati economici dell’anno precedente per l’anno in corso. Il Consiglio di Amministrazione porterà in ratifica alla prima Assemblea ordinaria dei Soci l’adeguamento di tale contributo annuale.

Chiarimento a verbale

Per convivente *more uxorio* si intende il soggetto che, sulla base della certificazione rilasciata dall’anagrafe comunale, dimora abitualmente con il Socio e che ha con lo stesso un impegno a mantenere una comunanza di vita e di interessi. Ai fini dell’applicazione della disposizione del presente Regolamento, il requisito della residenza sopra richiamato non può essere autocertificato.

Art. 6 bis

(Figli conviventi non a carico)

I Soci che intendano estendere le prestazioni della “Cassa” ai figli conviventi non fiscalmente a carico, non coniugati né conviventi *more uxorio*, dovranno farne richiesta scritta al Consiglio di Amministrazione, redigendo la domanda su apposito modello, e versare un contributo pro capite in cifra fissa approvato dall’Assemblea dei Soci, secondo le modalità e nei tempi decisi dal Consiglio di Amministrazione.

I figli che contraggono matrimonio o convivono *more uxorio* formano un nuovo nucleo familiare e di conseguenza perdono i requisiti per rimanere beneficiari delle prestazioni della “Cassa”, a partire dalla data dell’evento.

Limitatamente ai Soci non attivi, il contributo di cui al presente articolo è calcolato sulla base della quota in essere all’inizio dell’anno di riferimento.

Nel caso di cessazione della convivenza avvenuta in corso d’anno, non è dovuta al Socio, da parte della “Cassa”, la restituzione del contributo annuale precedentemente versato.

Il contributo sarà dovuto anche nel caso di sospensione temporanea della retribuzione del Socio che non dia luogo alla decadenza disciplinata dall’articolo 9 dello Statuto.

La domanda di estensione delle prestazioni della “Cassa” ai soggetti di cui al presente articolo sarà accolta, con decorrenza immediata delle prestazioni medesime rispetto al versamento del contributo, quando:

- i figli risultino continuativamente non fiscalmente a carico del Socio da meno di due anni.

Il Socio è tenuto a presentare idonea certificazione attestante l’esistenza del requisito e a fornire le eventuali integrazioni di documentazione richieste dal Consiglio di Amministrazione.

Qualora le suddette condizioni si verificano da più di due anni, il Socio potrà ugualmente estendere le prestazioni della “Cassa” a tali soggetti. In questo caso, pur essendo tenuto al versamento del contributo di cui al presente articolo, il diritto alle prestazioni decorre dopo sei mesi di effettiva contribuzione.

A partire dal 1° gennaio 2012, in caso di nuova estensione delle prestazioni al figlio convivente non fiscalmente a carico, già in precedenza destinatario delle prestazioni ai sensi del presente articolo, il diritto alle prestazioni decorre dopo sei mesi di effettiva contribuzione (carenza). La presente carenza non si applica qualora il soggetto provenga direttamente dalla categoria dei familiari a carico.

Qualora il Socio compri entro il mese di gennaio, con apposita dichiarazione, che il proprio figlio convivente (che non eserciti attività di lavoro autonomo, libera professione, impresa), pur essendo non fiscalmente a carico, ha percepito nell’anno precedente un reddito complessivo lordo non superiore a 7.000,00 euro, la “Cassa” rimborserà la quota annua versata, fatti salvi gli adempimenti fiscali del caso.

La dichiarazione di cui sopra deve essere effettuata utilizzando l’Allegato C al presente Regolamento (certificazione reddituale con valore di atto notorio) da compilare in ogni sua parte e sottoscrivere.

Per comprovare il diritto ad estendere le prestazioni della “Cassa” ai soggetti di cui sopra il Socio dovrà produrre:

- documento da cui risulti il rapporto di parentela del figlio con il Socio;
- atto comprovante la effettiva coabitazione del figlio con il Socio, intendendo per tale la stabile convivenza, seppur in nuclei familiari distinti.

Il Socio è tenuto a comunicare tempestivamente alla “Cassa” ogni variazione delle condizioni di diritto all’estensione delle prestazioni al figlio.

Per garantire la stabilità patrimoniale della “Cassa”, la gestione della presente categoria, congiuntamente a quella dei coniugi non fiscalmente a carico e dei conviventi *more uxorio* con reddito proprio superiore al limite previsto dalla normativa fiscale per essere considerati a carico (articolo 6), dovrà mantenere un equilibrio finanziario fra il complesso delle entrate per contributi e il complesso delle uscite per erogazioni, calcolato sui dati economici dell’anno precedente per l’anno in corso. Il Consiglio di Amministrazione porterà in ratifica alla prima Assemblea ordinaria dei Soci l’adeguamento di tale contributo annuale.

Art. 7

(Familiari a carico)

Il coniuge e i figli fiscalmente a carico e il convivente *more uxorio* senza reddito o con reddito proprio inferiore al limite previsto dalla normativa fiscale per essere considerato a carico, sono destinatari di tutte le prestazioni senza che il Socio debba versare alcuna quota aggiuntiva rispetto a quella di sua pertinenza. Tale previsione viene applicata anche ai minori per cui è in corso l'iter di adozione e per i quali lo stesso non si è ancora concluso, ai minori in regime di adozione a rischio giuridico e ai minori in affidamento secondo le vigenti disposizioni di legge.

Per comprovare il diritto all'assistenza per il coniuge e i figli fiscalmente a carico o per il convivente *more uxorio*, il Socio dovrà produrre copia di idoneo documento fiscale (mod. 730, Unico, CUD, dichiarazione rilasciata dall'Azienda per il riconoscimento delle detrazioni d'imposta od altri documenti analoghi) e quant'altro gli venisse richiesto dal Consiglio d'Amministrazione.

Nel momento in cui il familiare inizia a produrre reddito, il Socio è tenuto a comunicare tempestivamente alla "Cassa", ~~e comunque in tempo utile perché sia provveduto al conguaglio di fine anno, ogni~~ la variazione delle condizioni fiscali ~~dei familiari di cui al presente articolo~~.

Qualora in sede di verifica annuale il familiare risulti avere un reddito proprio superiore al limite previsto dagli articoli 6 o 6 bis del presente Regolamento, il Socio è tenuto al pagamento del contributo annuale previsto dai medesimi articoli, indipendentemente dai rimborsi ricevuti.

Non rientrano tra i familiari a carico di cui al presente articolo il coniuge o il convivente *more uxorio* e i figli che:

- svolgano attività di imprenditore agricolo, indipendentemente dal reddito prodotto;
- esercitino attività sportiva dilettantistica ai sensi dell'articolo 67, punto 1, lettera m, del TUIR e conseguano un reddito annuo superiore al limite previsto dalla normativa fiscale per essere considerato a carico.

Per tali soggetti occorre fare riferimento alle previsioni degli articoli 6 o 6 bis del presente Regolamento.

TITOLO II ASSISTENZA

Art. 8

~~(Modalità di rimborso generali)~~ *Norme generali e modalità di rimborso*)

Le domande per ottenere gli interventi devono essere circostanziate e corredate di documenti atti a giustificare la richiesta.

Esse, di regola, devono essere inoltrate per il tramite del Fiduciario della “Cassa”.

Le prestazioni erogate dalla “Cassa” sulla base del presente Regolamento non possono comunque superare la cifra rimasta effettivamente a carico del Socio, dedotta dei **rimborso contributi** previsti dal Servizio Sanitario pubblico o **da rimborsi** effettuati da assicurazioni o da soggetti privati.

Sono esclusi dal rimborso bolli, IVA, c.a.p. e simili, applicati a qualsiasi tipologia di spesa. L'eventuale imposta non evidenziata separatamente verrà scorporata.

E' previsto il rimborso delle spese sostenute per:

- le prestazioni o la chirurgia plastica e stomatologica di carattere estetico per i neonati, fino al compimento del 3° anno di età;
- le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- le forme ricostruttive rese necessarie da intervento chirurgico non di tipo estetico, che rappresentano intervento a sé stante rispetto al precedente.

Non è previsto il rimborso delle spese sostenute per:

- le prestazioni o la chirurgia plastica e stomatologica di carattere estetico;
- le prestazioni conseguenti agli interventi di cui sopra che abbiano prodotto ulteriori danni estetici;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti a causa di proprie azioni delittuose;
- l'acquisto di qualsiasi tipo di medicinale, **escluso quanto previsto dagli articoli 10/a, 10/d, 10/e, 10/i e 11/a.**

Tutti gli interventi compresi nel presente Regolamento concernono prestazioni di spesa sostenute dagli aventi diritto sia in Italia che all'estero, purché ammissibili secondo la legislazione italiana tempo per tempo vigente. **Per le spese in valuta diversa dall'Euro i documenti di spesa (fatture, ricevute, parcelle e simili) verranno convertiti in valuta italiana al cambio del giorno di emissione della fattura/ricevuta di spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi o, in mancanza, della Banca d'Italia.**

Per avere diritto alle prestazioni stabilite dal presente Regolamento è necessario presentare idonea documentazione fiscale di spesa (ricevuta, fattura o scontrino parlante). Il documento deve **tassativamente** indicare la natura della prestazione o la descrizione dei beni acquistati, fatto salvo quanto ulteriormente o diversamente richiesto nei singoli articoli.

Fatta salva la maggior sanzione prevista all'articolo 10 dello Statuto, qualunque manomissione della documentazione medica e/o di spesa fa decadere ogni possibilità di rimborso e può prevedere l'esclusione temporanea del Socio, con la conseguente sospensione dal diritto al rimborso delle prestazioni (per sé e per il proprio nucleo familiare), da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 24 mesi, fermo restando l'obbligo di contribuzione. La durata dell'esclusione temporanea viene stabilita dal Consiglio di Amministrazione mediante l'adozione di criteri uniformi e trasparenti.

Il Socio è tenuto a restituire alla “Cassa” quanto percepito indebitamente a causa di errori o per qualsiasi altra irregolarità accertata dalla “Cassa” medesima.

~~Ai fini dell'erogazione la documentazione di spesa, dovrà pervenire alla “Cassa” entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello in cui è stata emessa.~~

Vedi formulazione sotto riportata

La richiesta di rimborso corredata della documentazione di spesa dovrà pervenire alla “Cassa”, pena il mancato accoglimento, entro:

- **il 30 aprile dell'anno in corso, limitatamente alle spese del 1° trimestre (recanti una data compresa fra il 1° gennaio e il 31 marzo);**

- **il 31 agosto dell'anno in corso, limitatamente alle spese del 2° trimestre (recanti una data compresa fra il 1° aprile e il 30 giugno);**
- **il 31 ottobre dell'anno in corso, limitatamente alle spese del 3° trimestre (recanti una data compresa fra il 1° luglio e il 30 settembre);**
- **il 31 gennaio dell'anno successivo, limitatamente alle spese del 4° trimestre (recanti una data compresa fra il 1° ottobre e il 31 dicembre).**

Da sottoporre all'Assemblea dei Soci l'approvazione di una norma transitoria, valida per il solo anno 2011, che ammetta al rimborso anche le spese pervenute in Cassa Mutua dopo le nuove scadenze sopra indicate.

Gli originali di spesa ~~saranno~~ **sono** restituiti al Socio, per il tramite dei Fiduciari, dopo la chiusura dell'esercizio e comunque in tempo utile per la compilazione della dichiarazione annuale dei redditi.

In caso di particolari e comprovate situazioni, gli originali di spesa ~~saranno~~ **possono essere** restituiti al Socio che ne abbia fatto richiesta scritta alla "Cassa" anche anticipatamente rispetto al suddetto termine.

In sede di esame della richiesta pervenuta, al fine della determinazione del rimborso spettante al Socio, gli importi ~~verranno~~ **sono** arrotondati all'euro inferiore.

~~Per ogni prestazione erogata ai Soci verrà percepita la somma di 1,00 euro a titolo di parziale rimborso per spese di istruttoria. Tali spese verranno dedotte dall'importo del bonifico erogato ai Soci.~~

Per ogni singola prestazione erogata ai Soci viene trattenuta dalla "Cassa", a parziale rimborso delle spese di istruttoria, la somma di:

- **1,00 euro per le erogazioni rimborsi fino a 25,00 euro;**
- **1,50 euro per le erogazioni rimborsi superiori a 25,00 euro, fino a 50,00 euro;**
- **2,00 euro per le erogazioni rimborsi superiori a 50,00 euro, fino a 100,00 euro;**
- **3,00 euro per le erogazioni rimborsi superiori a 100,00 euro.**

E' stata adottata una logica di tipo progressivo: la presente proposta, articolata per fasce di rimborso, produce entrate equivalenti a quelle che avrebbe prodotto l'incremento di 1,00 € per ogni prestazione, indipendentemente dall'importo delle stesse

~~Art. 10~~

~~(Interventi chirurgici, analisi ed accertamenti, cure, degenza, parto, trasporto ammalato)~~

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi subiscano interventi chirurgici, parto, aborto terapeutico, si sottopongano ad analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, agopuntura e cure fisioterapiche, trascorrono periodi di degenza in ospedali, cliniche o simili.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

~~10/a — 90%, fino ad un importo massimo di 15.500,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa in ospedali, cliniche o simili, per:~~

~~1) — intervento chirurgico (compreso aborto terapeutico).~~

~~Tale rimborso comprende:~~

~~— spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;~~

~~— spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione;~~

~~— spese per cure fisioterapiche e rieducative, rese indispensabili dalla tipologia dell'intervento e debitamente prescritte, effettuate entro 180 (centottanta) giorni dall'evento e per una durata massima di terapia di 60 (sessanta) giorni di calendario. Nella fattura e/o ricevuta dovranno essere chiaramente indicate la correlazione con l'intervento chirurgico e le date di inizio e fine delle terapie eseguite. In mancanza di tali dati la prestazione verrà imputata all'articolo 10/b;~~

~~— spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);~~

~~2) — prestazioni chirurgico-odontoiatriche, nelle tipologie e nei limiti sotto indicati:~~

~~— estrazione di denti totalmente inclusi e degli ottavi (denti del giudizio), per un importo massimo di 400,00 euro di spesa ad estrazione;~~

~~— asportazione di cisti odontogene, per un importo massimo di 260,00 euro di spesa ad asportazione;~~

~~— apicectomia, per un importo massimo di 362,00 euro di spesa ad intervento;~~

~~— intervento di rigenerazione guidata (escluso qualsiasi forma di implantologia), per un importo massimo di 775,00 euro di spesa a quadrante.~~

~~L'erogazione del contributo sarà tassativamente subordinata alla presentazione di relazione dettagliata preventiva e di radiografie eseguite prima e, limitatamente all'intervento di rigenerazione guidata, dopo l'intervento stesso.~~

~~La mancanza di uno qualsiasi dei predetti documenti (relazione e radiografie) comporterà automaticamente l'esclusione dal rimborso in base al presente articolo e il contestuale inserimento della spesa nell'articolo 12/a (cure dentarie);~~

~~10/b — 80%, fino ad un importo massimo di 2.600,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa per:~~

~~1) — analisi cliniche ed accertamenti diagnostici. E' esclusa dal rimborso ogni tipo di indagine clinica tesa all'accertamento della paternità o della parentela;~~

~~2) — agopuntura, solo se effettuata dal medico;~~

~~3) — chiropratica, solo se effettuata da medico o da dottore in chiropratica (Chiropratic D.O.) o da fisioterapista o massofisioterapista;~~

~~4) — osteopatia, solo se effettuata da medico o da dottore in osteopatia (Osteopata D.O.) o da fisioterapista o massofisioterapista;~~

~~5) — prestazioni fisioterapiche e massofisioterapiche (escluso massaggi estetici e tecniche di massaggio dolce) rese necessarie in conseguenza di danno fisico comprovato e/o di patologia invalidante accertata, soltanto se effettuate da medici, fisioterapisti o massofisioterapisti esercenti l'attività in proprio o se effettuate presso centri accreditati (medici, fisioterapisti o massofisioterapisti). —~~

~~Nel caso di ricevuta o fattura non rilasciata direttamente dal professionista o dal centro accreditato — ma da strutture non direttamente identificabili come sanitarie (centri benessere, istituti di bellezza, ecc.) — dovrà essere allegata all'attestazione di pagamento la dichiarazione della struttura, con indicazione che la prestazione svolta è stata eseguita da persona abilitata all'esercizio della professione (medici, fisioterapisti o massofisioterapisti) con specifica indicazione dell'eventuale iscrizione all'albo.~~

~~Per queste prestazioni, se non eseguite da medico, è necessaria la presentazione:~~

- ~~— di prescrizione medica, indicante la diagnosi e la prognosi (durata e/o numero dei trattamenti);~~
- ~~— di fattura o ricevuta indicante il tipo di fisioterapia/massofisioterapia effettuata e la durata e/o il numero dei trattamenti.~~

~~Il trattamento con raggi UVA viene rimborsato solo dietro prescrizione di un dermatologo indicante la diagnosi, le modalità del trattamento e la durata della terapia.~~

~~Per il linfodrenaggio manuale è necessaria, oltre alla presentazione di una prescrizione del medico specialista (angiologo, cardiovascolare, ecc.) indicante la diagnosi e la durata del trattamento, specifica documentazione diagnostica (RX, TAC, Doppler, RNM, ecc.);~~

- ~~6) riabilitazione/rieducazione funzionale, resesi necessarie in conseguenza di danno fisico comprovato e/o di patologia invalidante accertata, effettuata da soggetti abilitati (medici, fisioterapisti o massofisioterapisti) esercenti l'attività in proprio o effettuata presso centri fisioterapici per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni di calendario nell'arco dell'anno.~~

~~Per queste prestazioni, se non eseguite da medico, è necessaria la presentazione:~~

- ~~— di prescrizione rilasciata da specialista ortopedico, indicante la diagnosi e la prognosi (durata e/o numero dei trattamenti);~~
- ~~— di fattura o ricevuta indicante il tipo di riabilitazione/rieducazione effettuata e la durata e/o il numero dei trattamenti.~~

~~Per la riabilitazione/rieducazione funzionale effettuata in piscina è necessaria la relazione di un medico specialista indicante la patologia, il tipo e la durata del trattamento;~~

- ~~7) cure idrotermali (fanghi, inalazioni, acque, ecc.). Per le cure idrotermali è necessaria la prescrizione medica e il rimborso delle spese sostenute presso qualsiasi tipo di struttura (convenzionata e non) è pari all'importo del ticket previsto dalle convenzioni col Servizio Sanitario pubblico. Non è previsto alcun tipo di rimborso per quanto riguarda le spese di viaggio, vitto e pernottamento.~~

- ~~**10/e — 85,00 euro per ogni giorno di ricovero in ospedali, cliniche o simili, con esclusione del decorso fisiologico del neonato (individuato in quattro giorni) e del soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronicari o simili. Detto contributo spetta per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni per nucleo familiare per anno, in alternativa a quanto previsto, per la medesima prestazione, dagli articoli 10/a, 10/d, 10/e, 10/i e 11/a.**~~

~~Per il calcolo della durata del ricovero, il giorno di entrata e quello di uscita dall'ospedale, clinica o simile sono considerati una sola giornata. Il ricovero con identica data di entrata ed uscita viene considerato day hospital;~~

- ~~**10/d — 80%, fino ad un importo massimo di 7.750,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa in ospedali, cliniche o simili, che non comporti intervento chirurgico, con esclusione del soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronicari o simili.**~~

~~Tale rimborso comprende:~~

- ~~— spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute durante il periodo di degenza;~~
- ~~— spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);~~

- ~~**10/e — 80%, fino ad un importo massimo di 1.500,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa in ospedali, cliniche o simili, in caso di parto non cesareo.**~~

~~Tale rimborso comprende:~~

- ~~— spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute durante il periodo di degenza;~~
- ~~— spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);~~

~~**10/f — 100%, fino ad un importo massimo di 2.600,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa per:**~~

- ~~1. il trasporto dell'ammalato per e da ospedali, cliniche o simili, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi su tutto il territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore al seguito;~~
- ~~2. il recupero o il trasferimento dell'infortunato dal luogo di infortunio o di successivo ricovero al luogo di abituale dimora, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi su tutto il territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore per il recupero o trasferimento di cui sopra;~~

~~**10/g — 100%, fino ad un importo massimo di 7.750,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa per:**~~

- ~~1. il trasporto dell'ammalato per e da ospedali, cliniche o simili, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi al di fuori del territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore al seguito;~~
- ~~2. il recupero o il trasferimento dell'infortunato dal luogo di infortunio o di successivo ricovero al luogo di abituale dimora, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi al di fuori del territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore per il recupero o trasferimento di cui sopra;~~

~~**10/h — 50,00 euro per day hospital, day surgery, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta (limitatamente, per quest'ultima, ai giorni di controllo e cura indicati dal Servizio Sanitario pubblico):**~~

~~**Detto contributo spetta per un periodo massimo di 50 (cinquanta) giorni per nucleo familiare per anno, in alternativa a quanto previsto, per la medesima prestazione, dagli articoli 10/a, 10/d, 10/e, 10/i e 11/a.**~~

~~La certificazione della struttura sanitaria dovrà indicare chiaramente la tipologia di ricovero e i giorni di effettiva presenza, ai fini della determinazione del rimborso spettante;~~

~~**10/i — 80%, fino ad un importo massimo di 4.000,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa in ospedali, cliniche o simili, per parto cesareo.**~~

~~Tale rimborso comprende:~~

- ~~— spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;~~
- ~~— spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza;~~
- ~~— spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);~~

~~I rimborsi di cui al presente articolo sono condizionati alla presentazione di idonea documentazione di spesa e/o certificazione di durata della degenza.~~

~~Il contributo erogato non potrà comunque superare la quota di spesa rimasta a carico del Socio, dedotto l'eventuale contributo rimborsabile dal Servizio Sanitario pubblico o da soggetti privati (assicurazioni).~~

Art. 10/a

(Interventi chirurgici, aborto terapeutico, chirurgia odontoiatrica)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi subiscano interventi chirurgici, aborto terapeutico **e alcune prestazioni chirurgico-odontoiatriche**.

La "Cassa" eroga un contributo pari al **90%**, fino ad un importo massimo di **15.500,00 euro per nucleo familiare per anno**, della spesa in ospedali, cliniche o simili, per:

1) intervento chirurgico (compreso aborto terapeutico).

Tale rimborso comprende:

- spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;
- spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione;
- spese per cure fisioterapiche e riabilitative, rese indispensabili dalla tipologia dell'intervento e debitamente prescritte, effettuate entro 180 (centottanta) giorni dall'evento e per una durata massima di terapia di 60 (sessanta) giorni di calendario. Nella fattura e/o ricevuta dovranno essere chiaramente indicate la correlazione con l'intervento chirurgico e le date di inizio e fine delle terapie eseguite. In mancanza di tali dati la prestazione verrà imputata all'articolo 10/b;
- spese per rette di degenza **ed ogni altra spesa sanitaria di competenza della struttura sanitaria** (~~escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente~~).

Sono escluse le spese riguardanti il comfort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi e di segreteria, l'IVA, i bolli e le spese non sanitarie;

2) prestazioni chirurgico-odontoiatriche, nelle tipologie e nei limiti sotto indicati:

- **estrazione di denti totalmente inclusi e degli ottavi (denti del giudizio)**, per un importo massimo di 400,00 euro di spesa ad estrazione;
- **asportazione di cisti odontogene**, per un importo massimo di 260,00 euro di spesa ad asportazione;
- **apicectomia**, per un importo massimo di 362,00 euro di spesa ad intervento;
- **intervento di rigenerazione guidata** (escluso qualsiasi forma di implantologia), per un importo massimo di 775,00 euro di spesa a quadrante.

L'erogazione del contributo sarà **tassativamente** subordinata alla presentazione di relazione dettagliata preventiva e di radiografie eseguite prima e, limitatamente all'intervento di rigenerazione guidata, dopo l'intervento stesso.

La mancanza di uno qualsiasi dei predetti documenti (relazione e radiografie) comporterà automaticamente l'esclusione dal rimborso in base al presente articolo e il contestuale inserimento della spesa nell'articolo 12/a (cure odontoiatriche).

Art. 10/b

(Analisi cliniche, accertamenti diagnostici, agopuntura, chiropratica, osteopatia, prestazioni fisioterapiche, cure idrotermali)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi sottopongano ad analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, agopuntura, **chiropratica, osteopatia, e prestazioni fisioterapiche e cure idrotermali.**

La "Cassa" eroga un contributo pari al:

- **80% 75%, fino ad un importo massimo di 2.600,00 euro per nucleo familiare per anno**, della somma spesa per:

- 1) analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, **compreso gli accertamenti radiologici effettuati per patologie odontoiatriche e/o parodontali (ortopantomica, telecranio, tac dentascan, stratigrafia ATM, radiografie endorali periapicali).** ~~E' esclusa~~ Sono esclusi dal rimborso **le analisi cliniche e gli accertamenti diagnostici in gravidanza (in quanto ricompresi nell'articolo 10/m del presente Regolamento) e** ogni tipo di indagine clinica tesa all'accertamento della paternità o della parentela;
- 2) agopuntura, solo se effettuata da medico **chirurgo**;
- 3) chiropratica, solo se effettuata da medico **chirurgo** o da dottore in chiropratica (Chiropratic D.O.) ~~e da fisioterapista o massofisioterapista~~;
- 4) osteopatia, solo se effettuata da medico **chirurgo** o da dottore in osteopatia (Osteopata D.O.) ~~e da fisioterapista o massofisioterapista~~;
- 5) prestazioni fisioterapiche ~~e massofisioterapiche~~ (escluso massaggi estetici e tecniche di massaggio dolce) resesi necessarie in conseguenza di danno fisico comprovato e/o di patologia invalidante accertata, soltanto se effettuate da medici **chirurghi**, fisioterapisti o massofisioterapisti ~~esercenti l'attività in proprio~~ o se effettuate presso centri accreditati (medici, fisioterapisti o massofisioterapisti). **Non verranno prese in considerazione fatture/ricevute fiscali emesse da centri sportivi, piscine, palestre e luoghi simili anche se di questi è responsabile/titolare un medico o un fisioterapista.**

~~Nel caso di ricevuta o fattura non rilasciata direttamente dal professionista o dal centro accreditato ma da strutture non direttamente identificabili come sanitarie (centri benessere, istituti di bellezza, ecc.) dovrà essere allegata all'attestazione di pagamento la dichiarazione della struttura, con indicazione che la prestazione svolta è stata eseguita da persona abilitata all'esercizio della professione (medici, fisioterapisti o massofisioterapisti) con specifica indicazione dell'eventuale iscrizione all'albo.~~

Per queste prestazioni, ~~se non eseguite da medico~~, è necessaria la presentazione:

- di prescrizione medica **in originale con data non antecedente a 120 giorni dalla data della fattura**, indicante la diagnosi e la prognosi (durata e/o numero dei trattamenti);
- di fattura o ricevuta indicante il tipo di fisioterapia/massofisioterapia effettuata e la durata e/o il numero dei trattamenti.

Il trattamento con raggi UVA viene rimborsato solo dietro prescrizione di un dermatologo **in originale con data non antecedente a 120 giorni dalla data della fattura**, indicante la diagnosi, le modalità del trattamento e la durata della terapia.

Per il linfodrenaggio manuale è necessaria, ~~oltre alla~~ la presentazione di:

- ~~una~~ prescrizione del medico specialista (angiologo, cardiovascolare, ecc.) indicante la diagnosi e la durata del trattamento, **in originale, con data non antecedente a 120 giorni dalla data della fattura**;
 - specifica documentazione diagnostica (RX, TAC, Doppler, RNM, ecc.);
- 6) riabilitazione/rieducazione funzionale, resesi necessarie in conseguenza di danno fisico comprovato e/o di patologia invalidante accertata, **solo se effettuate** da ~~effettuata da soggetti abilitati (medici chirurghi, fisioterapisti o massofisioterapisti) esercenti l'attività~~ in proprio o effettuatea presso centri fisioterapici), per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni di calendario nell'arco dell'anno. **Non verranno prese in considerazione fatture/ricevute**

fiscali emesse da centri sportivi, piscine, palestre e luoghi simili anche se di questi è responsabile/titolare un medico o un fisioterapista.

Per i soggetti minori di 14 anni affetti da paramorfismo, certificato da specialista ortopedico, è ammesso il rimborso di spese per ginnastica correttiva o rieducazione posturale effettuata in palestra da terapisti della riabilitazione, purché specificamente prescritta dallo specialista.

Per queste prestazioni, ~~se non eseguite da medico~~, è necessaria la presentazione:

- di prescrizione rilasciata da specialista ~~ortopedico~~ **nella branca di pertinenza della patologia certificata con data non antecedente a 120 giorni dalla data della fattura**, indicante la diagnosi e la prognosi (durata e/o numero dei trattamenti);
- di fattura o ricevuta indicante il tipo di riabilitazione/rieducazione effettuata e la durata e/o il numero dei trattamenti.

Per **le sole forme di disabilità motoria permanente, debitamente certificate, è ammessa** la riabilitazione/rieducazione funzionale effettuata ~~in piscina~~ **presso le piscine (pubbliche o private). In questi casi è** necessaria la relazione di un medico specialista indicante la patologia, il tipo e la durata del trattamento;

- 7) cure idrotermali (fanghi, inalazioni, acque, ecc.). Per le cure idrotermali è necessaria la prescrizione medica e il rimborso delle spese sostenute presso qualsiasi tipo di struttura (convenzionata e non) è pari all'importo del ticket previsto dalle convenzioni col Servizio Sanitario pubblico. Non è previsto alcun tipo di rimborso per quanto riguarda le spese di viaggio, vitto e pernottamento.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10, riscritto per una maggiore chiarezza e comprensione.

Art. 10/c *(Diaria per ricovero)*

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi trascorrono periodi di degenza in ospedali, cliniche o simili.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- ~~85,00~~ **50,00 euro per ogni giorno di permanenza in regime di ricovero in ospedali, cliniche o simili**, con esclusione del decorso fisiologico del neonato (individuato in quattro giorni) e del soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronicari o simili. **Detto contributo spetta per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni per nucleo familiare per anno**, in alternativa a quanto previsto, per la medesima prestazione, dagli articoli 10/a, 10/d, 10/e, 10/i, **10/l**, **10/n** e 11/a.

Per il calcolo della durata del ricovero, il giorno di entrata e quello di uscita dall'ospedale, clinica o simile sono considerati una sola giornata. Il ricovero con identica data di entrata ed uscita viene considerato day hospital.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10, riscritto per una maggiore chiarezza e comprensione.

Art. 10/d

(Ricovero senza intervento chirurgico)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi trascorrono periodi di degenza in ospedali, cliniche o simili.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **80% 75%, fino ad un importo massimo di 7.750,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa delle spese sostenute** in ospedali, cliniche o simili, che non comporti intervento chirurgico, con esclusione del soggiorno in istituti per lungodegenti, case di riposo, cronicari o simili.

Tale rimborso comprende:

- spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute durante il periodo di degenza;
- spese per rette di degenza (~~escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente~~). **Sono escluse le spese riguardanti il comfort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi e di segreteria, l'IVA, i bolli e le spese non sanitarie.**

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10, riscritto per una maggiore chiarezza e comprensione.

Art. 10/e

(Parto non cesareo)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi trascorrono periodi di degenza in ospedali, cliniche o simili per parto non cesareo.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **80% 75%, fino ad un importo massimo di 1.500,00 euro per nucleo familiare per anno, della somma spesa delle spese sostenute in ospedali, cliniche o simili, in caso di parto non cesareo.**

Tale rimborso comprende:

- spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, esami ed accertamenti diagnostici, sostenute durante il periodo di degenza;
- spese per rette di degenza ~~(escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)~~. **Sono escluse le spese riguardanti il comfort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant'altro), i costi amministrativi e di segreteria, l'IVA, i bolli e le spese non sanitarie.**

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10,
riscritto per una maggiore chiarezza e
comprensione.

Art. 10/f

(Trasporto/recupero ammalato/infortunato in Italia)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute per il trasporto/recupero dell'ammalato/infortunato effettuato in Italia.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **100%, fino ad un importo massimo di 2.600,00 euro per nucleo familiare per anno**, della somma spesa per:
 - 1) il trasporto dell'ammalato per e da ospedali, cliniche o simili, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi su tutto il territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore al seguito;
 - 2) il recupero o il trasferimento dell'infortunato dal luogo di infortunio o di successivo ricovero al luogo di abituale dimora, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi su tutto il territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore per il recupero o trasferimento di cui sopra.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10,
riscritto per una maggiore chiarezza e
comprensione.

Art. 10/g

(Trasporto/recupero ammalato/infortunato all'estero)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute per il trasporto/recupero dell'ammalato/infortunato effettuato all'estero.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **100%, fino ad un importo massimo di 7.750,00 euro per nucleo familiare per anno**, della somma spesa per:
 - 1) il trasporto dell'ammalato per e da ospedali, cliniche o simili, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi al di fuori del territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore al seguito;
 - 2) il recupero o il trasferimento dell'infortunato dal luogo di infortunio o di successivo ricovero al luogo di abituale dimora, avvenuto con mezzi di soccorso e/o di pronto intervento, per eventi occorsi al di fuori del territorio nazionale, nonché per gli eventuali costi di viaggio sostenuti dall'accompagnatore per il recupero o trasferimento di cui sopra.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10, riscritto per una maggiore chiarezza e comprensione e integrato.

Art. 10/h

(Day hospital, day surgery, osservazione breve presso pronto soccorso, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi trascorrono periodi di degenza **breve** in ospedali, cliniche o simili.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **50,00 euro per i regimi di day hospital, day surgery, osservazione breve presso pronto soccorso, pre-ospedalizzazione e dimissione protetta** (limitatamente, per quest'ultima, ai giorni di controllo e cura indicati dal Servizio Sanitario pubblico).

Detto Il contributo spetta per un periodo massimo di **50 (cinquanta) giorni per nucleo familiare per anno**, in alternativa a quanto previsto, per la medesima prestazione, dagli articoli 10/a, 10/d, 10/e, 10/i, **10/l, 10/n** e 11/a.

La certificazione della struttura sanitaria dovrà indicare chiaramente la tipologia di ricovero e i giorni di effettiva presenza, ai fini della determinazione del rimborso spettante.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 10,
riscritto per una maggiore chiarezza e
comprensione.

Art. 10/i *(Parto cesareo)*

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari **per il rimborso delle spese sostenute** in ospedali, cliniche o simili **per parto cesareo**.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **80%, fino ad un importo massimo di 4.000,00 euro a per nucleo familiare per anno.**

Tale rimborso comprende:

- spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d'intervento;
- spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza;
- spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente).

Art. 10/1

Nuovo articolo proposto dal CDA

(Chemioterapia, radioterapia e ipertermia oncologica)

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per prestazioni di chemioterapia, radioterapia e ipertermia oncologica di comprovata efficacia e/o validate dalla Comunità scientifica nazionale o internazionale.

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- 100%, fino ad un importo massimo di 5.000,00 euro per nucleo familiare per anno.

Per queste prestazioni è necessaria la prescrizione del medico specialista nella branca di pertinenza della patologia.

Art. 10/m *(Gravidanza)*

Nuovo articolo proposto dal CDA

La “Cassa”, in caso di gravidanza accertata, interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute al di fuori del Servizio Sanitario pubblico.

Per avere diritto alle prestazioni è necessaria la certificazione del medico specialista in ginecologia attestante lo stato di gravidanza con la data presunta del parto.

La “Cassa” eroga un contributo pari al:

- 75%, fino ad un importo massimo di 1.250,00 euro per singola gravidanza, delle spese sostenute per:
 - 1) visite medico-specialistiche ginecologiche ed esami diagnostici;
 - 2) amniocentesi e villocentesi.

Art. 10/n

Nuovo articolo proposto dal CDA

(Inseminazione/fecondazione assistita)

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute in ospedali, cliniche o simili per le procedure d’inseminazione e/o fecondazione assistita (anche se effettuate in regime di ricovero), visite mediche, analisi, accertamenti diagnostici, controlli ed esami clinici, propedeutici o inerenti la prestazione di inseminazione/fecondazione assistita, ad esclusione di qualsiasi medicinale.

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- 100%, fino ad un importo massimo di 1.500,00 euro per singolo ciclo, per un massimo di due cicli per nucleo familiare per anno.

Art. 11/a **(Grandi interventi chirurgici)**

La “Cassa”, per uno o più degli interventi chirurgici riportati nell’allegato A al presente Regolamento, eroga un contributo pari al:

- **100% della spesa sostenuta, fino ad un importo massimo di 129.000,00 euro per ogni intervento**, dedotto l’eventuale contributo rimborsabile dal Servizio Sanitario pubblico o da soggetti privati (assicurazioni).

Tale rimborso comprende:

- spese per onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento, per diritti di sala operatoria e per attrezzatura e materiale d’intervento;
- spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti, esami ed accertamenti diagnostici, sostenuti durante il periodo di degenza o in regime di preospedalizzazione;
- spese per cure fisioterapiche e **rieducative riabilitative**, rese indispensabili dalla tipologia dell’intervento e debitamente prescritte, effettuate entro 180 (centottanta) giorni dall’evento e per una durata massima di terapia di 60 (sessanta) giorni di calendario. Nella fattura e/o ricevuta dovranno essere chiaramente indicate la correlazione con l’intervento chirurgico e le date di inizio e fine delle terapie eseguite. In mancanza di tali dati la prestazione verrà imputata all’articolo 10/b;
- spese per rette di degenza **ed ogni altra spesa sanitaria di competenza della struttura sanitaria (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)**.

Sono escluse le spese riguardanti il comfort (supplementi telefono, televisore, frigobar e quant’altro), i costi amministrativi e di segreteria, l’IVA, i bolli e le spese non sanitarie.

L’erogazione del contributo sarà **tassativamente** subordinata:

- all’accertamento dell’entità dell’eventuale rimborso da parte del Servizio Sanitario pubblico o di soggetti privati (assicurazioni), effettuato mediante una dichiarazione dei medesimi o mediante una dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà del Socio, da inviare alla “Cassa” contestualmente alla domanda di rimborso;
- **alla presentazione di cartella clinica.**

Ad integrazione dell’allegato A si specifica che:

- tutti gli interventi chirurgici di natura **oncologica neoplastica maligna accertata istologicamente** sono da considerarsi Grandi interventi;
- nei rimborsi per trapianti di organi sono comprese anche:
 - a) le spese relative all’espianto e al trasporto dell’organo, **eventualmente se** richieste dal Servizio Sanitario pubblico;
 - b) le eventuali spese inerenti l’affitto e la disinfezione iniziale dell’unità abitativa, nel caso in cui si rendesse necessaria la degenza post-operatoria in ambiente sterile diverso da quello ospedaliero. Questa provvidenza spetta per una durata massima di 180 (centottanta) giorni e fino a un importo di 7.750,00 euro ed è subordinata alla presentazione di parere medico da cui si evinca tale suggerimento terapeutico.

~~Inoltre, per richieste riguardanti interventi chirurgici non espressamente indicati nel suddetto allegato, queste dovranno essere preventivamente autorizzate dal Consiglio di Amministrazione, previa analisi del parere scritto rilasciato dallo specialista del paziente ed, eventualmente, da specialista appositamente designato dal Consiglio stesso, che attesti che la gravità della patologia relativa all’intervento richiesto non è inferiore a quella di interventi della stessa branca, compresi nell’elenco medesimo.~~

Norma riformulata (vedi sotto)

I Grandi interventi rimborsati dalla “Cassa” sono quelli riportati nell’allegato A al presente Regolamento. Sono stati selezionati dall’elenco degli interventi chirurgici pubblicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (attualmente classificazione ICD9-CM). Il Consiglio di Amministrazione, in particolari casi per i quali venga avanzata dal Socio richiesta di ammettere

al rimborso come Grande intervento anche un intervento chirurgico non compreso nel suddetto allegato A, potrà decidere l'ammissione al rimborso previo parere rilasciato da medico legale di fiducia della "Cassa".

La riserva per i Grandi interventi chirurgici, istituita dall'anno 1989, è dotata di uno stanziamento pari a 1.290.000,00 euro.

Art. 12/a

(Cure odontoiatriche)

~~La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per l’acquisto di apparecchi di protesi dentaria, prestazioni odontoiatriche, cure dentarie.~~

~~La “Cassa” eroga un contributo pari a:~~

~~— 80%, fino ad un importo massimo di 1.810,00 euro per nucleo familiare per un periodo di 15 anni dalla data di iscrizione, delle spese sostenute.—~~

~~Tale contributo potrà essere richiesto dai Soci con almeno 3 (tre) anni di effettiva contribuzione, anche non consecutivi.~~

~~Dopo 15 anni di effettiva contribuzione, il plafond verrà ripristinato all’importo iniziale di 1.810,00 euro.~~

~~Nel caso di cessazione del rapporto associativo e successiva re-iscrizione del Socio si ha la riattivazione del rapporto associativo, con:~~

~~— il mantenimento dell’anzianità precedentemente maturata;~~

~~— la decurtazione, dai plafond tempo per tempo vigenti (€ 1.810,00 per i primi 15 anni di effettiva contribuzione, anche non continuativi, e € 1.810 per il periodo successivo), degli eventuali rimborsi precedentemente erogati.~~

~~Limitatamente al periodo 1/7/2010—31/12/2010 la “Cassa” mette a disposizione del Socio un ulteriore importo di 100,00 euro per nucleo familiare. Tale importo, se non utilizzato o utilizzato parzialmente, si azzerà alla data del 31/12/2010. L’erogazione di detto importo è subordinata all’esaurimento del massimale di 1.810,00 euro di cui al presente articolo.~~

~~Dal 1/1/2011 il presente articolo sarà strutturato esclusivamente come segue:~~

~~1. — la “Cassa” eroga un contributo pari all’80% della spesa sostenuta, fino ad un importo massimo di 240,00 euro per nucleo familiare per anno. Il contributo, per la somma non utilizzata, rimarrà a disposizione del Socio per gli anni a venire;~~

~~2. — è istituita una specifica riserva per garantire gli interventi di cui al precedente punto 1;~~

~~3. — la precedente moratoria di 3 (tre) anni di effettiva contribuzione viene eliminata e il contributo può essere richiesto dal Socio indipendentemente dalla data di adesione;~~

~~4. — l’importo del precedente massimale di 1.810,00 euro non ancora utilizzato alla data del 31/12/2010 — indipendentemente dalla collocazione del Socio nei primi 15 anni di adesione o nei successivi — viene cristallizzato e lasciato a disposizione del Socio medesimo fino a suo definitivo esaurimento;~~

~~5. — il contributo di cui al presente articolo potrà essere richiesto dai Soci dipendenti con contratto di lavoro a tempo determinato con almeno 6 (sei) mesi di effettiva iscrizione, anche non consecutivi.~~

~~Tutte le prestazioni odontoiatriche sono riconducibili al presente articolo, salvo quanto specificatamente previsto dagli articoli 10/a e 14/a.~~

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per prestazioni odontoiatriche (**cure, visite, apparecchi di protesi dentaria, detartrasi, altre prestazioni**).

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- **80% della spesa sostenuta, fino ad un importo massimo di 240,00 euro per nucleo familiare per anno.**

Il contributo, per la somma non utilizzata, rimarrà a disposizione del massimale maturato e non utilizzato rimane a disposizione del Socio per gli anni a venire, salvo il venir meno in caso di cessazione del rapporto associativo. E’ istituita una specifica riserva patrimoniale per garantire gli interventi **di cui sopra**.

Il contributo può essere richiesto dal Socio indipendentemente dalla data di adesione. L’unica eccezione riguarda i Soci dipendenti con contratto di lavoro a tempo determinato, che hanno diritto alle prestazioni di cui al presente articolo dopo 6 (sei) mesi di effettiva iscrizione, anche non consecutivi.

La parte non ancora utilizzata del precedente massimale di 1.810,00 euro dei Soci iscritti alla data del 31/12/2010 resta a disposizione del Socio medesimo fino a suo definitivo esaurimento.

Il contributo di cui al presente articolo potrà essere richiesto dai Soci dipendenti con contratto di lavoro a tempo determinato con almeno 6 (sei) mesi di effettiva iscrizione, anche non consecutivi.

Tutte le prestazioni **effettuate dall'odontoiatra** sono riconducibili al presente articolo, salvo quanto specificatamente previsto dagli articoli 10/a (**prestazioni chirurgico-odontoiatriche**), 10/b (**accertamenti radiologici effettuati per patologie odontoiatriche e/o paradontali**), 13/b (**cure ortodontiche**) e 14/a (ticket odontoiatrici).

Art. 12/b (Lenti da vista)

~~La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per l’acquisto di lenti correttive per occhiali, con relativa montatura, e/o di lenti a contatto.~~

~~La “Cassa” eroga un contributo pari a:~~

~~— 80%, fino ad un importo massimo di 310,00 euro per nucleo familiare per anno, delle spese sostenute.~~

~~L’erogazione del contributo sarà tassativamente subordinata alla presentazione di idonea prescrizione, rilasciata dall’oculista, dal medico di famiglia o da optometrista diplomato.~~

~~Per ottenere il contributo, gli iscritti dovranno presentare fattura o scontrino fiscale indicante il codice fiscale del soggetto beneficiario della prestazione e documento indicante la marca, il modello, il materiale e la gradazione delle lenti, sottoscritto dal venditore. Il costo delle lenti dovrà essere distinto da quello della montatura. Unica eccezione è rappresentata dagli occhiali economici premontati, acquistati anche presso farmacie, centri commerciali o simili.~~

~~Il costo della montatura, compreso nel plafond del presente articolo (310,00 euro), verrà rimborsato all’80%, fino ad un importo massimo di 52,00 euro per ogni singola richiesta.~~

~~Per le lenti a contatto, oltre alla marca, al modello e alla gradazione è necessaria l’indicazione del numero e della tipologia di lente (giornaliera, settimanale, ecc.), del numero di confezioni e delle lenti contenute in ciascuna di esse.~~

~~I liquidi e i prodotti per la manutenzione delle lenti a contatto non sono rimborsabili.~~

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per l’acquisto delle sole lenti correttive (oftalmiche e/o a contatto).

La “Cassa” eroga un contributo pari al:

- 75% della spesa sostenuta, fino all’importo massimo di 375,00 euro per nucleo familiare per anno, nelle tipologie e con i limiti sotto indicati:

1) LENTI OFTALMICHE PER OCCHIALI:

A) in assenza di modifica della capacità visiva (visus) o con modifiche inferiori a quelle indicate nel successivo punto B il contributo verrà corrisposto solo dopo 36 mesi dall’ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data delle fatture o scontrini parlanti);

B) in presenza di modifica della capacità visiva (visus) pari o superiore a:

- 1/2 diottria per miopia;

- 3/4 di diottria per ipermetropia, astigmatismo e presbiopia,

il contributo verrà corrisposto senza alcuna limitazione temporale;

C) per i beneficiari di età inferiore a 14 anni, anche in assenza della modifica della capacità visiva (visus), si procede all’erogazione del contributo senza limitazione temporale.

Documentazione richiesta:

- prescrizione originale con data non anteriore a 90 giorni dall’acquisto, rilasciata dall’oculista o dall’ottico e riportante il deficit visivo;

- fattura o scontrino fiscale “parlante” (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) con indicazione dell’acquisto di occhiale o lenti per occhiali;

- documento sottoscritto dal venditore (Scheda per sussidi ottici/lenti da vista predisposta dalla “Cassa” o documento analogo) che riporti il costo delle lenti, distinto da quello dell’eventuale montatura e che indichi la marca, il modello, il materiale delle lenti medesime, al fine di permettere alla “Cassa” gli opportuni controlli;

- dichiarazione di conformità sottoscritta dal venditore.

2) OCCHIALI ECONOMICI PREMONTATI PER PRESBIOPIA SEMPLICE, nel limite massimo di € 30,00 di spesa per singolo occhiale.

Documentazione richiesta:

- prescrizione originale con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dal medico curante o dall'ottico;
 - fattura o scontrino fiscale “parlante” (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) che riporti il costo complessivo dell'occhiale;
 - certificato di conformità generico, da cui si evinca che si tratta di occhiale correttivo;
- 3) LENTI A CONTATTO DI LUNGA DURATA (non di tipo usa e getta), nel limite massimo di 310,00 euro per nucleo familiare per anno.

Documentazione richiesta:

- prescrizione originale con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo;
 - fattura o scontrino fiscale “parlante” (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) con indicazione dell'acquisto di lenti;
 - documento sottoscritto dal venditore (*Scheda per sussidi ottici/lenti da vista* predisposta dalla "Cassa" o documento analogo) indicante il costo, la marca, il modello, il materiale delle lenti, al fine di permettere alla “Cassa” gli opportuni controlli;
- 4) LENTI A CONTATTO DI TIPO USA E GETTA, nel limite massimo di 250,00 euro per nucleo familiare per anno.

Documentazione richiesta:

- prescrizione originale con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo. La stessa deve essere presentata annualmente, insieme al primo rimborso dell'anno;
- fattura o scontrino fiscale “parlante” (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) con indicazione dell'acquisto di lenti;
- documento sottoscritto dal venditore (*Scheda per sussidi ottici/lenti da vista* predisposta dalla "Cassa" o documento analogo) indicante il costo, la marca, il modello, il materiale, la gradazione, la tipologia (es.: giornaliera, settimanale, ecc.) e il tipo di confezione delle lenti, al fine di permettere alla “Cassa” gli opportuni controlli.

Non è rimborsabile l'acquisto di:

- montature, ad esclusione degli occhiali economici premontati per presbiopia semplice;
- liquidi e prodotti per la manutenzione e conservazione delle lenti a contatto;
- lenti oftalmiche e/o a contatto non graduate.

Art. 12/c

(Lenti per ametropie elevate)

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per l’acquisto di lenti oftalmiche per occhiali per ametropie elevate.

La “Cassa” eroga un contributo pari al:

- 75% della spesa sostenuta, fino all'importo massimo di 500,00 euro per nucleo familiare per anno, nelle patologie e con i limiti sotto indicati:
 - MIOPIA pari o superiore a 8 diottrie;
 - IPERMETROPIA pari o superiore a 4 diottrie;
 - ASTIGMATISMO pari o superiore a 4 diottrie.

L'erogazione spetta:

- A) in assenza di modifica della capacità visiva (visus) o con modifiche inferiori a 1/2 diottria il contributo verrà corrisposto solo dopo 24 mesi dall'ultimo rimborso erogato (prendendo a riferimento la data delle fatture o scontrini parlanti);
- B) in presenza di modifica della capacità visiva (visus) pari o superiore a 1/2 diottria il contributo verrà corrisposto senza alcuna limitazione temporale;
- C) per i beneficiari di età inferiore a 14 anni, anche in assenza della modifica della capacità visiva (visus), si procede all'erogazione del contributo senza limitazione temporale.

Non è rimborsabile l'acquisto di montature.

Documentazione richiesta:

- prescrizione originale con data non anteriore a 90 giorni dall'acquisto, rilasciata dall'oculista o dall'ottico e riportante il deficit visivo;
- fattura o scontrino fiscale “parlante” (con il codice fiscale del beneficiario della prestazione) con indicazione dell'acquisto di occhiale o lenti per occhiali;
- documento sottoscritto dal venditore (*Scheda per sussidi ottici/lenti da vista* predisposta dalla "Cassa" o documento analogo) che riporti il costo delle lenti, distinto da quello dell'eventuale montatura e che indichi la marca, il modello, il materiale delle lenti, al fine di permettere alla “Cassa” gli opportuni controlli;
- dichiarazione di conformità sottoscritta dal venditore.

Art. 13

~~(Supporti ottici speciali, apparecchi e supporti ortopedici, cure ortodontiche, arti e organi artificiali, apparecchi acustici)~~

~~La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per l’acquisto di apparecchi acustici e ortopedici, apparecchi ortodontici, arti ed organi artificiali.~~

~~La “Cassa” eroga un contributo pari a:~~

~~13/a — 80%, fino ad un importo massimo di 1.550,00 euro per nucleo familiare per anno, delle spese sostenute per:~~

- ~~1) l’acquisto di supporti ottici speciali per trapiantati di cornea o per patologie gravi non operabili;~~
- ~~2) l’acquisto e la riparazione di supporti ortopedici (busti, scarpe ortopediche, supporti elastici e simili);~~
- ~~3) l’acquisto o il noleggio di stampelle ortopediche;~~
- ~~4) il noleggio di apparecchi ortopedici (apparecchiature tipo kinetec, carrozzine e simili). Sono esclusi sia l’acquisto che il noleggio di materassi, cuscini ortopedici e qualsiasi tipo di elettrostimolatore muscolare.~~

~~L’erogazione dei contributi sarà tassativamente subordinata alla presentazione:~~

- ~~— per i supporti ottici speciali, di idonea certificazione specialistica comprovante l’intervento sostenuto o la patologia grave nonché la necessità e la descrizione dei medesimi;~~
- ~~— per i supporti e gli apparecchi ortopedici, di idonea prescrizione, rilasciata da specialista ortopedico;~~
- ~~— per le stampelle ortopediche, di idonea prescrizione, rilasciata da specialista ortopedico o dal medico di famiglia;~~

~~13/b — 80%, fino ad un importo massimo di 3.100,00 euro per nucleo familiare per l’intero periodo di iscrizione, delle spese sostenute per:~~

- ~~1) ortodonzia infantile (cure, visite, prestazioni, apparecchi), effettuata da medico specialista, solo su bambini e ragazzi al di sotto dei 16 anni;~~
- ~~2) ortodonzia pre-protesi, effettuata da medico specialista, su soggetti al di sopra dei 16 anni.~~

~~L’erogazione dei contributi sarà tassativamente subordinata alla presentazione di preventiva relazione medica motivata, indicante la terapia ortodontica necessaria, il costo totale e la durata della cura.~~

~~All’interno di uno stesso ciclo di cura, per ogni fattura o ricevuta presentata, dovrà essere allegata copia della relazione inizialmente fornita.~~

~~Tutte le prestazioni ortodontiche sono riconducibili al presente articolo;~~

~~13/c — 80%, fino ad un importo massimo di 10.330,00 euro per nucleo familiare per anno, delle spese sostenute per l’acquisto e la riparazione di arti ed organi artificiali, dedotte dei rimborsi effettuati dal Servizio Sanitario pubblico.~~

~~L’erogazione dei contributi sarà tassativamente subordinata alla presentazione di idonea prescrizione, rilasciata dallo specialista o dal medico di famiglia;~~

~~13/d — 80%, fino ad un importo massimo di 4.000,00 euro per nucleo familiare per anno, delle spese sostenute per l’acquisto e la riparazione di apparecchi acustici.~~

~~L’erogazione del contributo sarà tassativamente subordinata alla presentazione di idonea prescrizione, rilasciata dallo specialista o dal medico di famiglia.~~

Art. 13/a

(Sussidi ottici, ortesi e ausili ortopedici)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per l'acquisto di ~~supporti ottici speciali~~ **sussidi ottici per trapiantati corneali e alcune patologie oculari gravi**, l'acquisto o il noleggio di ortesi e stampelle ortopediche e il noleggio di ausili ortopedici.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- ~~80%~~ **75%**, fino ad un importo massimo di 1.550,00 euro per nucleo familiare per anno, ~~delle~~ **dell'imponibile della fattura, relativo alle** spese sostenute per:
 - 1) l'acquisto ~~di supporti ottici speciali per trapiantati di cornea o per patologie gravi non operabili dei~~ **seguenti sussidi ottici:**
 - lenti per trapiantati di cornea;
 - lenti a contatto RGP per cheratocono;
 - lenti a contatto per patologie corneali che necessitano di bendaggio (ulcere e cheratiti bollose);
 - lenti a contatto protetiche per patologie dell'iride.
 - 2) l'acquisto, **il noleggio** e la riparazione di **ortesi o tutori ortopedici** (busti, scarpe ortopediche, ginocchiere, cavigliere, plantari e simili);
 - 3) l'acquisto ~~e il noleggio~~ di stampelle ortopediche;
 - 4) il noleggio di **ausili ortopedici** (~~apparecchiature tipo kinetee,~~ **deambulatori, sollevatori, carrozzine e simili**). **E' escluso** il noleggio di materassi **non antidecubito** e cuscini ortopedici ~~e qualsiasi tipo di elettrostimolatore muscolare~~.

Non rientra nelle categorie sopra indicate – e, quindi, è escluso sia l'acquisto che il noleggio – qualsiasi tipo di elettrostimolatore muscolare.

~~L'erogazione dei contributi sarà tassativamente subordinata alla presentazione:~~

Documentazione richiesta:

- per ~~i supporti ottici speciali di idonea~~ **i sussidi ottici per trapiantati corneali e alcune patologie oculari gravi**, certificazione specialistica comprovante l'intervento sostenuto o la patologia grave, nonché la necessità **terapeutica** e la descrizione delle ~~medesime~~ **lenti**;
- per ~~i supporti e gli apparecchi ortopedici, di idonea~~ **le ortesi o tutori ortopedici**, prescrizione rilasciata da specialista ortopedico **o dal Servizio Sanitario pubblico**;
- per le stampelle ortopediche, ~~di idonea~~ prescrizione, rilasciata da specialista ortopedico, dal medico di famiglia **o dal Servizio Sanitario pubblico**;
- **per gli ausili ortopedici, prescrizione rilasciata da specialista ortopedico, neurologo o dal Servizio Sanitario pubblico.**

Comma già presente all'interno dell'ex art. 13, riscritto per una maggiore chiarezza e comprensione.

Art. 13/b

(Cure ortodontiche)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per prestazioni ortodontiche (cure, visite, apparecchi) **e per l'acquisto del bite.**

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **80%, fino ad un importo massimo di 3.100,00 euro per nucleo familiare per l'intero periodo di iscrizione**, delle spese sostenute per:
 - 1) ortodonzia (cure, visite, prestazioni, apparecchi **fissi e mobili**) **su soggetti che non abbiano compiuto il 18° anno di età**, effettuata da medico **dentista**.

L'erogazione del contributo sarà **tassativamente** subordinata alla presentazione di preventiva relazione medica **specialistica motivata**, indicante la **patologia, la** terapia ortodontica necessaria, il costo totale e la durata della cura. All'interno di uno stesso ciclo di cura, per ogni fattura o ricevuta presentata, dovrà essere allegata copia della relazione inizialmente fornita;

- 2) **l'acquisto del dispositivo bite, per un importo massimo di 300,00 euro di spesa.**

L'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di relazione medica specialistica da cui si evinca la necessità del dispositivo per patologie di pertinenza odontoiatrica e/o maxillo-facciale.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 13,
riscritto per una maggiore chiarezza e
comprensione.

Art. 13/c

(Arti ed organi artificiali)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per l'acquisto e la riparazione di arti ed organi artificiali.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **80% della spesa sostenuta, fino ad un importo massimo di 10.330,00 euro per nucleo familiare per anno**, dedotte degli **eventuali rimborsi contributi previsti** dal Servizio Sanitario pubblico.

L'erogazione dei contributi sarà **tassativamente** subordinata alla presentazione di idonea prescrizione, rilasciata dallo specialista o dal medico di famiglia.

Comma già presente all'interno dell'ex art. 13,
riscritto per una maggiore chiarezza e
comprensione.

Art. 13/d *(Apparecchi acustici)*

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per l'acquisto e la riparazione di apparecchi acustici.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **80% della spesa sostenuta, fino ad un importo massimo di 4.000,00 euro per nucleo familiare per anno, dedotte degli eventuali rimborsi contributi previsti dal Servizio Sanitario pubblico.**

L'erogazione dei contributi sarà **tassativamente** subordinata alla presentazione di idonea prescrizione, rilasciata dallo specialista o dal medico di famiglia

Art. 14/a

(Visite mediche, prestazioni sanitarie e rilascio certificazioni)

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari nel caso in cui i medesimi si sottopongano a visite mediche e medico-specialistiche, a prestazioni sanitarie, a terapie dermatologiche con laser, a vaccinazioni.

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- **80% 75%, fino ad un importo massimo di 3.620,00 euro per nucleo familiare per anno**, delle spese sostenute per:
 - 1) visite mediche e medico-specialistiche, **nella misura massima di 300,00 euro di spesa a visita. Sono escluse dal rimborso le visite mediche e medico-specialistiche in gravidanza (in quanto ricomprese nell’articolo 10/m del presente Regolamento) e le visite medico-legali e/o le perizie dettate da controversie di natura risarcitoria;**
 - 2) prestazioni sanitarie effettuate da soggetti abilitati all’esercizio delle professioni sanitarie, elencate nell’allegato B al presente regolamento;
 - 3) visite e prestazioni odontoiatriche effettuate presso il Servizio Sanitario pubblico, limitatamente al relativo ticket;
 - 4) terapia dermatologica con laser, solo se effettuata presso il Servizio Sanitario pubblico o da un dermatologo **in regime di libera professione;**
 - 5) vaccinazioni, limitatamente al costo della prestazione di somministrazione effettuata dal Servizio Sanitario pubblico o dal medico. Per le vaccinazioni effettuate presso il Servizio Sanitario pubblico sono ammessi al rimborso i ticket pagati, con un tetto massimo di spesa di 15,00 euro. Per quelle effettuate dal medico il rimborso è riconosciuto con un tetto massimo di spesa di 35,00 euro;
 - 6) rilascio di certificazioni mediche (compreso le cartelle cliniche).

Le prestazioni di cui ai punti 1 e 2 sono rimborsabili anche se effettuate a domicilio, in caso di certificata impossibilità fisica, data dallo stato patologico in atto, a recarsi nel luogo di cura.

Art. 15/b

(Spese dell'accompagnatore)

La "Cassa" interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese di vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore in caso di:

- grande intervento chirurgico;
- intervento chirurgico e/o ricovero di minore di 18 anni.

La "Cassa" eroga un contributo pari a:

- **100%, fino ad un importo massimo giornaliero di 120,00 euro e per una somma massima di 5.165,00 euro per nucleo familiare per anno, delle spese di vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore dei destinatari delle prestazioni in caso di**
 - ~~1) intervento chirurgico, che dia luogo a rimborso ai sensi degli articoli 10/a (ricovero con intervento chirurgico), 10/c (diaria ospedaliera), 10/h (day surgery), 10/i (parto cesareo) o 11/a (grande intervento chirurgico);~~
 - ~~2) ricovero di minore che non comporti intervento chirurgico, che dia luogo a rimborso ai sensi degli articoli 10/e (diaria ospedaliera), 10/d (ricovero senza intervento chirurgico) o 10/h (day hospital).~~

L'erogazione del contributo sarà ~~tassativamente~~ subordinata alla presentazione di fattura (per vitto e pernottamento) e di dichiarazione del Socio attestante che il nominativo a cui sono intestate le fatture assisteva il soggetto beneficiario della prestazione.

Art. 15/c

(Rimborso spese viaggio per Grande intervento chirurgico)

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese di viaggio del Socio o dell’avente diritto e dell’eventuale accompagnatore in caso di Grande intervento chirurgico ai sensi dell’articolo 11/a.

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- **100%, fino ad un importo massimo di 5.165,00 euro per nucleo familiare per anno**, ~~delle spese di viaggio del Socio o dell’avente diritto e dell’eventuale accompagnatore, in caso di Grande intervento chirurgico (ai sensi dell’articolo 11/a).~~

Frase spostata sopra

Le spese di viaggio verranno rimborsate sulla base dei documenti presentati (biglietti aerei, ferroviari, tranviari, ecc.) e, nel caso di utilizzo di mezzi propri, del costo unitario del biglietto ferroviario di 1^a classe per la tratta corrispondente.

L’erogazione del contributo sarà **tassativamente** subordinata alla presentazione di dichiarazione del Socio attestante il nominativo della persona che ha assistito il soggetto beneficiario della prestazione.

Art. 15/d

*(Rimborso spese trasferta per accertamenti specialistici
o terapie a malati con patologie croniche od oncologiche)*

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute di viaggio, vitto e pernottamento del Socio o dell’avente diritto e dell’eventuale accompagnatore, per l’effettuazione di visite di controllo, accertamenti o terapie resesi necessarie da patologie croniche ~~ed oncologiche~~ **invalidanti debitamente accertate e certificate dal Servizio Sanitario pubblico o neoplastiche maligne debitamente accertate**, effettuate presso strutture altamente specializzate ~~lontane~~ **distanti oltre 75 Km dal luogo di residenza o effettivo domicilio.**

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- **100%, fino ad un importo massimo di 2.600,00 euro per nucleo familiare per anno**, ~~delle spese di viaggio, vitto e pernottamento del Socio o dell’avente diritto e dell’eventuale accompagnatore, per l’effettuazione di visite di controllo, accertamenti o terapie resesi necessarie da patologie croniche od oncologiche debitamente accertate e certificate dal Servizio Sanitario pubblico, effettuate presso strutture altamente specializzate lontane dal luogo di effettiva residenza (oltre 75 km).~~

Frase riscritta e spostata sopra

Per ogni trasferta, che deve durare il tempo strettamente necessario per l’effettuazione delle visite, accertamenti o terapie previste, la “Cassa” erogherà un importo massimo di 415,00 euro.

Il rimborso di cui al presente articolo è in alternativa a quanto previsto all’articolo 10/c (diaria ospedaliera).

L’erogazione del contributo sarà **tassativamente** subordinata alla presentazione di:

- certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario pubblico comprovante l’esistenza di patologia cronica o certificazione medica comprovante l’esistenza di patologia oncologica;
- prescrizione medica per la visita o l’accertamento specifico;
- certificazione della struttura specializzata comprovante la durata della prestazione sanitaria;
- fattura per vitto e pernottamento;
- eventuale dichiarazione del Socio attestante il nominativo della persona che ha assistito il soggetto beneficiario della prestazione.

Le spese di viaggio verranno rimborsate sulla base dei documenti presentati (biglietti aerei, ferroviari, tranviari, ecc.) e, nel caso di utilizzo di mezzi propri, del costo unitario del biglietto ferroviario di 1^a classe per la tratta corrispondente.

Art. 17

(Stato di non autosufficienza)

La “Cassa”, in ottemperanza alla previsione contrattuale di cui all’articolo 29 *bis* del CSLL, interviene a favore dei propri Soci garantendo loro una copertura assicurativa per *Long Term Care* (LTC) in relazione all’insorgenza di eventi invalidanti tali da comportare uno stato di non autosufficienza.

Viene definita persona non autosufficiente quella incapace in modo permanente, sulla base delle Condizioni di polizza, di svolgere alcune “attività elementari della vita quotidiana”.

La copertura riguarda i prestatori di lavoro alle dipendenze delle Aziende di cui all’articolo 3, lettera a) dello Statuto, Soci della “Cassa”. Manterranno il beneficio della copertura tutti i Soci che avranno cessato, dal momento dell’attivazione della polizza, il rapporto di lavoro per collocamento in pensione anche accedendo alle prestazioni del Fondo di Sostegno al reddito di cui al DM 157/2000.

E’ istituita una specifica Riserva LTC per garantire gli interventi di cui al presente articolo e **all’articolo 18**, alimentata dalle eventuali risorse eccedenti le entrate per contributi LTC versate da Aziende e lavoratori e le uscite per premi LTC pagati dalla “Cassa”.

Art. 18 Nuovo articolo proposto dal CDA

(Prestazioni straordinarie correlate a stati di non autosufficienza di cui alla polizza LTC)

Ai Soci assicurati dalla polizza LTC, in stato di non autosufficienza temporanea non stabilizzata, per i quali dallo *schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza* della Polizza LTC (art. 6 delle Condizioni di Assicurazione) risulti un punteggio di almeno 40 punti, la Cassa rimborsa, fino a concorrenza del massimale *una tantum* di € 10.000,00, le spese sostenute per l'acquisto di presidi sanitari, ausili terapeutici, strutture mobili finalizzate al superamento delle barriere architettoniche.

Sono esclusi da tale prestazione i casi di non autosufficienza per i quali la Società assicuratrice non prevede la corresponsione di alcun risarcimento (Esclusioni dall'Assicurazione di cui al punto B.2 della polizza LTC).

Documentazione richiesta:

- fatture o ricevute fiscali;
- certificato medico attestante la condizione patologica e lo stato di non autosufficienza (allegato allo schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza compilato dal medico curante);
- prescrizione medica degli ausili, descrittiva della correlazione con lo stato di non autosufficienza.

Art. 19 Nuovo articolo proposto dal CDA

(Prestazioni riabilitative per disabili)

La “Cassa” interviene a favore dei beneficiari per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni riabilitative quando questi siano affetti da patologie che abbiano determinato uno stato invalidante con impossibilità alla deambulazione autonoma e/o con necessità di assistenza continuativa.

I soggetti destinatari delle prestazioni di cui al presente articolo sono coloro ai quali siano stati riconosciuti dall’INPS l’indennità di accompagnamento e/o lo stato di handicap in condizione di gravità, esclusi coloro per i quali tale riconoscimento sia legato a patologie neoplastiche in trattamento radioterapico o chemioterapico.

La “Cassa” eroga un contributo pari a:

- 100%, fino ad un importo massimo di 1.500,00 euro per persona per anno.

Le prestazioni di cui al presente articolo, in considerazione della loro particolare valenza solidaristica, non rientrano nel calcolo dell’equilibrio finanziario previsto dagli articoli 6 e 6 bis del presente Regolamento.

Documentazione richiesta:

- copia del verbale di accertamento dello stato invalidante rilasciato dall’INPS;
- ricevuta fiscale della terapia riabilitativa.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (ART. 11/A)

Faccia e bocca

- ~~Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario~~
- ~~Resezione del mascellare superiore~~
- ~~Resezione della mandibola~~
- ~~Operazioni per cisti del mascellare~~
- ~~Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare~~
- ~~Resezione parotidea per tumore misto della parotide~~
- ~~Asportazione della parotide per neoplasie maligne (parotidectomia totale)~~
- ~~Asportazione di neoplasie maligne del labbro con svuotamento della loggia sottomascellare~~

Collo

- ~~Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne~~
- ~~Asportazione della ghiandola sottomascellare per tumori maligni~~
- ~~Interventi per asportazione di tumori maligni del collo~~
- ~~Tiroidectomia totale o subtotale per neoplasia maligna~~
- ~~Interventi per aneurismi carotidei~~
- ~~Asportazione di fibromi profondi e di angiomi cavernosi profondi~~
- ~~Interventi per tiroiditi acute, sub acute, suppurate~~
- ~~Tiroidectomia totale o sub totale per tiroide cronica sclerosante o exeresi di gozzo~~
- ~~Tiroidectomia sub-totale nel morbo di Basedow~~
- ~~Asportazione di adenomi delle paratiroiditi~~

Torace

- ~~Asportazione di tumori maligni della mammella con svuotamento del cavo ascellare~~
- ~~Interventi correttivi per petto escavato e ad imbuto~~
- ~~Interventi per tumori sul mediastino~~
- ~~Pneumonectomia per asportazione di cisti da echinococco~~
- ~~Resezione segmentaria e lobectomia~~
- ~~Pneumonectomia allargata per tumori maligni~~
- ~~Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi~~
- ~~Resezione segmentaria della trachea per tumori indotracheali~~
- ~~Trapianto polmonare~~
- ~~Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica~~
- ~~Toracoplastica totale o parziale~~

Cardiochirurgia

- ~~Commisurotomia per stenosi valvolari~~
- ~~Pericardioectomia per pericarditi costruttive~~
- ~~Cisti del cuore e del pericardio~~
- ~~Interventi d'urgenza per ferite o corpi estranei del cuore o per tamponamento~~
- ~~Sostituzione valvolare con protesi~~
- ~~By pass aorto coronarico singolo o multiplo~~

- Aneurismi aorta toracica
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Asportazione di tumori intercardiaci
- Impianto pace maker endocavitario ed eventuale riposizionamento
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso;
- Trapianto cardiaco
- Ventricolotomia per comunicazione interventricolare
- Atriotomia per comunicazione interatriale
- Interventi per malformazioni cardiache complesse
- Interventi per malformazioni vasali extracardiache
- Interventi per vizi congeniti variamente combinati

Esofago

- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- Legatura di varici esofagee
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e spasmo esofagico idiopatico
- Operazioni sull'esofago per tumori, resezioni parziali basse e alte
- Resezione totale dell'esofago per tumori
- Interventi per malformazioni congenite
- Esofagoplastica per stenosi cicatriziali serrate
- Interventi per asportazione di corpi estranei
- Interventi per esofagite peptica
- Interventi per megaesofago
- Reinterventi per megaesofago

Stomaco--Duodeno

- Gastroectomia totale
- Gastroectomia totale per via toraco-laparotomia
- Interventi per ernia iatale
- Interventi per brachiesofago
- Interventi per ernia diaframmatica
- Resezione gastropiloricca per ipertrofia pilorica
- Interventi per ulcera gastroduodenale

Intestino

- Enterstomia ed ano artificiale
- Resezione del tenue
- Resezione ileocecale (emicolectomia destra)
- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale
- Chiusura di ano artificiale e di fistola stercoracea
- Chiusura di ano preter e ricostruzione della cavità
- Amputazione del retto per via perineale
- Resezione anteriore del retto
- Operazione per megacolon
- Interventi per diverticoli
- Interventi per invaginazione intestinale
- Interventi per infarto intestinale

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per ascesso epatico
- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica maggiore (epiepatectomia)
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia, colecistoentestomia)
- Colicistectomia con resezione atipica cuneiforme del fegato per carcinoma della colecisti
- Exeresi epatica parziale per tumori benigni
- Trapianto di fegato

Pancreas - Milza

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas (totale o parziale)
- Splenectomia
- Anastomosi porto-cava e spleno-renale
- Anastomosi mesenterica-cava

Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale o sub-durale
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Derivazioni liquorali intra-craniche o extra-craniche
- Chirurgia stereotassica
- Emisferectomia
- Tumori interorbitali
- Interventi per tumori ossei della volta cranica
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Laminectomia per tumori extra-durali
- Laminectomia per tumori intra-durali-extra midollari
- Laminectomia per tumori intra-midollari
- Asportazione di tumori dei nervi periferici
- Interventi per ferite cranio-cerebrali
- Lobectomia parziale o totale per eliminazione di focolaio epilettogeno
- Interventi per aneurisma cerebrale

Chirurgia vascolare

- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Embolectomia e tromboectomia arteriosa per arto
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- Disostruzione o by-pass arterie periferiche
- Disostruzione o by-pass aorta addominale
- Legatura della vena cava inferiore
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazioni sull'aorta toracica o sull'aorta addominale
- Interventi per linfedema

Ortopedia e traumatologia

- ~~Disarticolazione interscapolo toracica~~
- ~~Emipelvectomia~~
- ~~Impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi~~
- ~~Endoprotesi di Thompson~~
- ~~Interventi per correzione di deviazione della colonna vertebrale~~
- ~~Interventi per pseudoartrosi~~
- ~~Interventi per osteomielite~~
- ~~Interventi per tumori~~
- ~~Interventi per ernia del disco vertebrale~~

Surreni

- ~~Asportazione di tumori (feocromocitoma)~~
- ~~Asportazione di tumori cortico-surrenali (surrenectomia sub-totale o totale)~~

Urologia

- ~~Nefrectomia allargata per tumore~~
- ~~Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia~~
- ~~Nefroureterectomia totale (taglio allargato)~~
- ~~Ureteroautaneostomia bilaterale~~
- ~~Uretero ileo anastomosi~~
- ~~Ureterosigmoidostomia unilaterale o bilaterale~~
- ~~Ureterocistoneostomia unilaterale o bilaterale~~
- ~~Cistectomia parziale semplice~~
- ~~Cistoprostatovesiculectomia totale (o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia) con o senza neovescica rettale~~
- ~~Fistola vescico-intestinale~~
- ~~Ileo e colo citoplastica~~
- ~~Diverticulectomia con ureterocistoneostomia~~
- ~~Fistole vescico-vaginali (vedi anche apparato genitale)~~
- ~~Prostatectomia totale per K~~
- ~~Trapianto renale~~
- ~~Nefrectomia parziale (rene policistico)~~
- ~~Interventi per traumi, ascessi, calcoli renali~~
- ~~Interventi per trattamento dell'ermafroditismo~~
- ~~Interventi di tecniche di rivascularizzazione da ipertensione nefrogena~~

Apparato genitale (maschile e femminile)

- ~~Emasculatio totale~~
- ~~Orchiectomia allargata per tumore~~
- ~~Orchiectomia allargata con linfectomia retroperitoneale~~
- ~~Creazione operativa di vagina artificiale (da sigma)~~
- ~~Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi~~
- ~~Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico~~
- ~~Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale~~
- ~~Cura chirurgica di fistola ureterale~~
- ~~Cura chirurgica di fistola retto-vaginale~~

- ~~Panistherectomia radicale per tumori maligni, per via addominale~~
- ~~Panistherectomia radicale per via vaginale~~
- ~~Vulvectomia totale~~

Oculistica

- ~~Trapianto corneale a tutto spessore~~
- ~~Trabeculectomia~~
- ~~Trattamento laser per neo formazioni iridee e/o corneali~~
- ~~Enucleazione per sarcoma melanotico~~

Otorinolaringoiatria

- ~~Exeresi di neoplasia del padiglione~~
 - ~~Ricostruzione della catena ossiculare~~
 - ~~Asportazione di tumori dell'orecchio medio~~
 - ~~Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa~~
 - ~~Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni~~
 - ~~Tumori parafaringei~~
 - ~~Tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc.)~~
 - ~~Tumori maligni di altre sedi con svuotamento laterocervicale~~
 - ~~Laringectomia sopraglottica~~
 - ~~Laringectomia totale~~
 - ~~Laringectomia ricostruttiva~~
 - ~~Laringofaringectomia~~
-

Interventi sul sistema nervoso

Tipo intervento	Nome intervento
Puntura transcranica, trapanazione per drenaggio ventricolare	Puntura delle cisterne
	Puntura ventricolare mediante catetere già impiantato
	Altra puntura del cranio
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico)	Altra craniotomia
	Altra craniectomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	Interventi sul talamo e sul globo pallido
Emisferectomia	Emisferectomia
Lobectomia cerebrale	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	Lobotomia e trattotomia
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali	Incisione delle meningi cerebrali
	Altre incisioni cerebrali
	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
	Trattamento di lesione delle meningi cerebrali
	Altri interventi su cranio, cervello e meningi cerebrali
	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale
	Asportazione di lesioni del cranio
Ventricolostomia e posizionamento, sostituzione, rimozione o revisione di shunt ventricolare	Ventricolostomia
	Anastomosi fra ventricolo e strutture della testa e del collo
	Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio
	Anastomosi fra ventricolo e cavità toracica
	Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi
	Anastomosi fra ventricolo ed apparato urinario
	Altri interventi per il drenaggio ventricolare
	Sostituzione di anastomosi ventricolare
Rimozione di anastomosi ventricolare	
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore intracranico	Impianto di neurostimolatore intracranico
	Rimozione di neurostimolatore intracranico
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale (laminectomia per decompressione di radice, laminotomia, foraminotomia)	Riapertura di pregressa laminectomia
	Altra esplorazione e decompressione del canale vertebrale
Cordotomia e rizotomia	Altra cordotomia
Cordotomia per cutanea (stereotassica)	Cordotomia percutanea
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi
Riparazione di fratture vertebrali	Riparazione di fratture vertebrali
Creazione di shunt subaracnoideo-peritoneale o subaracnoideo-ureterale	Anastomosi spinale subaracnoideo-peritoneale
	Anastomosi spinale subaracnoideo-ureterale
Altri interventi su midollo spinale e canale vertebrale	Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale
Sezione ed asportazione di nervi cranici e periferici (escluso neurectomia ottociliare, gangliectomia simpatica, neurinoma acustico e neurotomia del trigemino)	Altra incisione dei nervi cranici e periferici
	Altra resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici
Asportazione neuroma acustico mediante craniotomia	Asportazione di neuroma acustico
Sezione trigemino retrogasseriana; decompressione radici trigemino	Sezione del nervo trigemino
	Decompressione delle radici del trigemino
Gangliectomia di nervo cranico o periferico	Gangliectomia del ganglio di Gasser

	Altre gangliectomie di nervi cranici o periferici
Sezione di nervo o ganglio simpatico, simpaticectomia	Altre simpaticectomie e gangliectomie
Demolizione nervi cranici o periferici	Demolizione di nervi cranici o periferici
Sutura di nervi cranici e periferici (esclusi nervi simpatici)	Suture dei nervi cranici e periferici
Sutura di nervi o gangli simpatici	Altri interventi su nervi o su gangli simpatici
Separazione aderenze e decompressione nervi cranici e periferici (escluso trigemino, tunnel carpale e tarsale)	Altra decompressione di nervi cranici
	Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze
Innesto o trapianto di nervo	Innesto di nervi cranici o periferici
	Trasposizione di nervi cranici e periferici
Neuroplastica cranica o periferica	Altri interventi su nervi cranici e periferici

Interventi sul sistema endocrino

Tipo intervento	Nome intervento
Tiroidectomia e/o paratiroidectomia parziali e altri interventi su tiroide e/o paratiroidi	Lobectomia monolaterale della tiroide
	Asportazione di lesione della tiroide
	Altra tiroidectomia parziale
	Asportazione del tratto o dotto tireoglosso
	Altra paratiroidectomia
	Altri interventi sulla tiroide
Tiroidectomia completa	Tiroidectomia completa
Paratiroidectomia completa	Paratiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale (completa o parziale)	Tiroidectomia retrosternale parziale
	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia monolaterale o parziale e altri interventi sul surrene	Surrenectomia monolaterale
	Altra surrenectomia parziale
	Incisione delle ghiandole surrenali
	Sezione di nervi afferenti alle ghiandole surrenaliche
	Legatura di vasi delle ghiandole surrenali
	Riparazione delle ghiandole surrenali
	Reimpianto delle ghiandole surrenali
	Altri interventi su nervi, vasi e ghiandole surrenali
Surrenectomia bilaterale	Surrenectomia bilaterale
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi su ghiandola pineale ed ipofisi	Asportazione della ghiandola pineale
	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-frontale
	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-sfenoidale
	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via non specificata
	Asportazione totale dell'ipofisi, per via trans-frontale
	Asportazione totale dell'ipofisi, per via trans-sfenoidale
	Asportazione totale dell'ipofisi, per altra via specificata
	Asportazione totale dell'ipofisi, per via non specificata
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi sul timo	Asportazione totale del timo
	Riparazione del timo

Interventi sull'occhio

Tipo intervento	Nome intervento
Trapianto corneale e cheratoplastica	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato
	Altra cheratoplastica perforante omologa
Altri interventi sulla cornea	Cheratotomia radiale
	Altri interventi rifrattivi sulla cornea
	Altri interventi sulla cornea
Orbitotomia	Orbitotomia con lembo osseo

Interventi sull'orecchio

Tipo intervento	Nome intervento
Ricostruzione canale uditivo e padiglione auricolare	Ricostruzione di padiglione auricolare
Stapedectomia, miringoplastica, timpanoplastica	Stapedectomia con sostituzione dell'incudine
	Altra stapedectomia
	Miringoplastica
	Timpanoplastica di tipo II
	Timpanoplastica di tipo III
	Timpanoplastica di tipo IV
	Revisione di timpanoplastica
Interventi sull'orecchio interno	Incisione, asportazione e demolizione dell'orecchio interno

Interventi su naso, bocca e faringe

Tipo intervento	Nome intervento
Interventi sul faringe	Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale
	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe

Interventi sul sistema respiratorio

Tipo intervento	Nome intervento
Laringectomia totale	Laringectomia completa
	Laringectomia radicale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Resezioni del polmone e asportazione di lesione dei bronchi o dei polmoni	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi
	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone
	Resezione segmentale del polmone
Lobectomia polmonare	Lobectomia del polmone
Pneumonectomia	Pneumonectomia completa
	Altra asportazione del polmone
Riparazione e plastica bronchiale	Altri interventi di riparazione e plastica sui bronchi
	Altri interventi sui bronchi
Trapianto di polmone	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	Trapianto combinato cuore-polmone
Incisione/asportazione del mediastino	Asportazione o demolizione di lesione e tessuto del mediastino
Riparazione del diaframma	Asportazione di lesione o tessuto del diaframma
	Chiusura di fistola del diaframma
	Impianto di pace-maker nel diaframma
	Altri interventi sul diaframma

Interventi sul sistema cardiovascolare

Tipo intervento	Nome intervento
Valvulotomia a cuore chiuso	Valvulotomia a cuore chiuso
Valvuloplastica a cuore aperto, sostituzione di valvola cardiaca	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata
	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi

	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
	Interventi su strutture adiacenti le valvole cardiache
Produzione di difetto settale	Produzione di difetto settale nel cuore
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	Riparazione di difetto in setto non specificato del cuore con innesto tissutale
	Riparazione di difetto del setto interatriale con innesto tissutale
	Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale
	Riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici con innesto tissutale
Altra e non specificata riparazione dei setti interatriale e interventricolare	Altra e non specificata riparazione dei setti interatriale e interventricolare
Correzione totale di tetralogia di Fallot	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Altri interventi su valvole e setti del cuore	Valvuloplastica percutanea
Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica, rivascolarizzazione cardiaca, altri interventi sui vasi del cuore	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica
	Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca
	Altri interventi sui vasi del cuore
Bypass aortocoronarico di più arterie coronariche	Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche
	Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche
	Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche
	Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica
	Bypass doppio mammaria interna-arteria coronarica
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	Pericardiectomia
	Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore
	Riparazione del cuore e pericardio
Trapianto di cuore	Trapianto di cuore
Impianto/sostituzione di sistemi di circolazione assistita	Impianto di altri sistemi di circolazione assistita
	Sostituzione e riparazione di sistemi di circolazione assistita
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	Incisione di altri vasi del capo e del collo
	Incisione di altri vasi dell'arto superiore
	Incisione di arterie dell'arto inferiore
	Incisione di vene dell'arto inferiore
	Resezione di altri vasi del capo e collo con anastomosi
	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
	Resezione di vasi dell'arto superiore con sostituzione
	Resezione di arterie dell'arto inferiore con sostituzione
Incisione/resezione di vasi intracranici	Incisione di vasi intracranici
	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Incisione/resezione di aorta o vasi toracici e addominali	Incisione dell'aorta
	Incisione di altri vasi toracici
	Incisione di arterie addominali
	Incisione di vene addominali
	Resezione dell'aorta addominale con sostituzione
Endoarteriectomia	Resezione di altri vasi toracici con sostituzione
	Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo
Asportazione di arterie e/o vene su toracici e addominali	Endoarteriectomia delle arterie dell'arto inferiore
	Altra asportazione dell'aorta addominale
Anastomosi o by-pass vascolari non coronarici	Altra asportazione di altri vasi toracici
	Anastomosi arterioso sistemico polmonare
	Anastomosi venosa intraaddominale
	By-pass aorto-iliaco-femorale
	Altri anastomosi o by-pass vascolari (periferici)

By-pass vascolare extra-intracranico	By-pass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico
Intervento di dissezione dell'aorta	Intervento di dissezione dell'aorta
By-pass cardiopolmonare percutaneo e ECMO	Ossigenazione extracorporea delle membrane [ECMO]
	By-pass cardiopolmonare percutaneo

Interventi sul sistema ematico e linfatico

Tipo intervento	Nome intervento
Trapianto di midollo osseo	Trapianto di midollo osseo autologo
	Trapianto di midollo osseo allo genico senza purging
	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche
Interventi chirurgici sulla milza	Splenotomia
	Splenectomia parziale
	Splenectomia totale
	Altri interventi sulla milza

Interventi sull'apparato digerente

Tipo intervento	Nome intervento
Esofagostomia	Esofagotomia
	Esofagostomia
Asportazione locale di lesione o tessuto dell'esofago (escluso endoscopiche)	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'esofago
Esofagectomia totale	Esofagectomia totale
Esofagectomia parziale con anastomosi o riparazione di lesione o chiusura di fistola esofagea	Esofagectomia, SAI
	Esofagectomia parziale
	Anastomosi intratoracica dell'esofago
	Anastomosi preternale dell'esofago
	Esofagomiotomia
	Altra riparazione dell'esofago
Gastrectomia parziale	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
	Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale
	Altra gastrectomia parziale
Gastrectomia totale	Gastrectomia totale con interposizione intestinale
	Altra gastrectomia totale
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
Gastroplastica	Esofagogastroplastica
	Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico
Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue e rimozione totale dell'intestino tenue	Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue
	Rimozione totale dell'intestino tenue
Emicolectomia/colectomia o colectomie segmentarie	Resezione del cieco
	Emicolectomia destra
	Resezione del colon trasverso
	Sigmoidectomia
	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso
	Colectomia totale intraaddominale
Anastomosi e/o esterizzazioni intestinali	Anastomosi intestinale tenue-tenue
	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso
	Anastomosi intestinale crasso-crasso
Colostomia e/o ileostomia	Colostomia, SAI
	Colostomia temporanea
	Colostomia permanente
	Ileostomia
	Altra enterostomia
Revisione di orifizio intestinale artificiale,	Revisione di orifizio intestinale artificiale

fissazione di intestino alla parete addominale, altri interventi sull'intestino	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino tenue
	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino crasso
	Dilatazione dell'intestino
Resezioni del retto	Resezione del retto con pull-through
	Resezione del retto per via addominoperineale
	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
	Altra resezione anteriore del retto
	Altra resezione del retto
Riparazione del retto e/o proctopessi	Retto-rettostomia
Epatectomia parziale e/o lobectomia del fegato	Epatectomia parziale
	Altra demolizione di lesione del fegato
	Lobectomia del fegato
Trapianto di fegato	Altro trapianto del fegato
Anastomosi della colecisti o del dotto biliare	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
	Anastomosi fra dotto epatico e intestino
	Altra anastomosi del dotto biliare
Interventi su cisti pancreatiche ed altri interventi sul pancreas	Asportazione o demolizione locale del pancreas e del dotto pancreatico
	Marsupializzazione di cisti pancreatiche
	Drenaggio interno di cisti pancreatiche
	Altri interventi sul pancreas
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfadenectomia)	Pancreatectomia prossimale
	Pancreatectomia distale
	Pancreaticoduodenectomia radicale
Trapianto di pancreas	Trapianto del pancreas, SAI
	Trapianto omologo di pancreas
	Trapianto eterologo di pancreas
Riparazione di ernia diaframmatica, altra riparazione di ernia, incisione della parete addominale	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale
	Riparazione di ernia diaframmatica, per via toracica
	Altra riparazione di ernia

Interventi sull'apparato urinario

Tipo intervento	Nome intervento
Nefrectomia parziale	Altra asportazione di lesione parenchima renale
	Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)
Nefrectomia totale	Nefroureterectomia
Trapianto renale	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)
Riparazione e/o chiusura di fistola/stomia renale	Nefropessia
	Pieloplastiche
	Decapsulazione renale
Ureterectomia	Ureterectomia
Ureterostomia	Uretero-ileostomia cutanea
	Altre derivazioni urinarie
	Uretero-neocistotomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale
	Altra anastomosi o by-pass dell'uretere
Cistectomia parziale o radicale	Cistectomia parziale
	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Ricostruzioni e plastiche vescicali	Altre ricostruzioni vescicali
	Altra chirurgia plastica vescicole. Sospensione vescicale non classificata altrove
Riparazione di tessuto uretrale dell'uretra	Altre ricostruzioni uretrali
	Meatoplastica uretrale
	Altra riparazione uretrale

Interventi sugli organi genitali maschili

Tipo intervento	Nome intervento
Prostatectomia transuretrale	Prostatectomia transuretrale guidata (con ultrasuoni) mediante laser (TULIP)
	Altra prostatectomia transuretrale
Adenomectomia prostatica (eccetto endoscopica)	Adenomectomia transvescicale
	Adenomectomia retropubica
Prostatectomia radicale	Prostatectomia radicale
Interventi di riparazione del pene	Rilasciamento della corda penis
	Altra riparazione del pene
	Plastiche di slittamento del prepuzio
	Incisione del pene
	Liberazione di sinechie peniene
	Altri interventi sul pene
	Altri interventi sull'apparato genitale maschile

Interventi sugli organi genitali femminili

Tipo intervento	Nome intervento
Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto ovarico, compresa ovariectomia e altri interventi sull'ovaio	Ovariectomia
	Resezione cuneiforme dell'ovaio
	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica
	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica
	Altra asportazione laparoscopica locale o distruzione dell'ovaio
	Altra asportazione o demolizione locale dell'ovaio
	Riparazione dell'ovaio
	Aspirazione dell'ovaio
Salpingoannessiectomia bilaterale	Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento
	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento
Isterectomia totale	Isterectomia addominale totale
	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (LAVH)
	Altra isterectomia vaginale
Isterectomia radicale	Altra e non specificata isterectomia
	Isterectomia addominale radicale
	Isterectomia vaginale radicale
Eviscerazione pelvica	Eviscerazione pelvica
Asportazione o demolizione locale della vagina e del cul-de-sac	Asportazione o demolizione di lesione del cul-de-sac
	Asportazione o demolizione di lesione della vagina
Obliterazione ed asportazione totale della vagina	Obliterazione ed asportazione totale della vagina
Ricostruzione e riparazione della vagina e del cul-de-sac	Ricostruzione della vagina
	Sutura di lacerazione della vagina
	Sospensione e fissazione della vagina
	Altra riparazione della vagina
Vulvectomy	Vulvectomy radicale
	Vulvectomy bilaterale

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico

Tipo intervento	Nome intervento
Mandibolectomie, innesti ossei facciali	Mandibolectomia parziale
	Mandibolectomia totale con ricostruzione contemporanea
	Innesto osseo su ossa facciali
Sequestrectomie, ostectomie	Sequestrectomia

	Ostectomia totale
Interventi di accorciamento e/o allungamento delle ossa degli arti, e/o osteoclasia (qualsiasi sede) e/o inserzione di stimolatore di crescita ossea (qualsiasi sede)	Interventi di accorciamento delle ossa degli arti
	Interventi di allungamento delle ossa degli arti
	Osteoclasia
	Inserzione di stimolatore di crescita ossea
Altri interventi di riparazione o plastica su osso	Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
	Altri interventi di riparazione o plastica sul femore
	Altri interventi di riparazione o plastica su tarso e metatarso
	Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa
Asportazione di disco intervertebrale	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica, per via anteriore
	Asportazione di disco intervertebrale con esclusione delle tecniche di chirurgia mini invasiva e/o microchirurgia e interventi di lisi del disco intervertebrale
Artrodesi dorsali, lombari e sacrali con approccio anteriore	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
Altre artrodesi vertebrali	Artrodesi vertebrale, SAI
	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
	Artrodesi atlanto-epistrofea
	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	
Sostituzione e/o revisione di articolazioni (eccetto anca e spalla)	Sostituzione totale del ginocchio
	Revisione di sostituzione del ginocchio
	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce
	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove
Sostituzione totale e revisione di sostituzione dell'anca	Sostituzione totale dell'anca
	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione parziale dell'anca	Sostituzione parziale dell'anca
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Trapianto di muscoli e tendini della mano, intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni o intervento di plastica sulla mano con innesto o impianto di muscolo o fascia muscolare. Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano
	Altra trasposizione di tendini della mano
	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
	Intervento di plastica sulla mano con innesto di muscolo o fascia muscolare
	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazioni e/o disarticolazioni degli arti superiori o inferiori a vari livelli e revisione di moncone	Amputazione e disarticolazione del pollice
	Amputazione dell'arto inferiore, SAI
	Amputazione di dita del piede
	Amputazione a livello del piede
	Altra amputazione al di sotto del ginocchio
	Amputazione al di sopra del ginocchio
	Revisione del moncone di amputazione
Altri interventi sull'apparato muscoloscheletrico	
Amputazione mano	Amputazione a livello della mano
Disarticolazione polso	Disarticolazione del polso
Reimpianto di arto o parti di esso	Reimpianto di dita della mano

Interventi sui tegumenti

Tipo intervento	Nome intervento
Asportazione locale di lesione della mammella, quadrantectomia, mastectomia subtotale	Quadrantectomia della mammella con asportazione di linfonodi ascellari
	Quadrantectomia della mammella con asportazione radicale di linfonodi ascellari
	Mastectomia subtotale
Mastectomia semplice/radicale, mono/bilaterale (compresa linfadenectomia), compresa procedura allargata	Mastectomia

TABELLA PER DETERMINAZIONE QUOTA ANNUA PENSIONATI

CALCOLO QUOTA ANNO 2010			
SCAGLIONI DI REDDITO IRPEF SU PENSIONE ANNUA LORDA (RIVALUTATA ANNUALMENTE IN BASE AI COEFFICIENTI INPS)	ALIQUTA IRPEF VIGENTE	ALIQUTE DA APPLICARE AI PENSIONATI ORDINARI (CHE NON SVOLGONO ATTIVITÀ LAVORATIVA) (*)	ALIQUTE DA APPLICARE AI PENSIONATI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ LAVORATIVA (AUTONOMA, SUBORDINATA O PARASUBORDINATA)
fino a 15.000 euro	23%	1,54%	2,00%
da 15.001 a 28.000 euro	27%	1,46%	2,00%
da 28.001 a 55.000 euro	38%	1,24%	2,00%
da 55.001 a 75.000 euro	41%	1,18%	2,00%
oltre 75.000 euro	43%	1,14%	2,00%

~~(*) — Le aliquote di ogni singolo scaglione vengono determinate calcolando l'esatta equivalenza fra il prodotto di un importo al netto dell'aliquota fiscale di riferimento moltiplicato la percentuale fissa del 2% e quello scaturente prendendo a base di riferimento l'importo lordo. —~~

~~Esempio (primo scaglione): —~~

~~$(100 - 23\%) * 2\% = 100 * x$, da cui $x = 1,54\%$.~~

~~Il procedimento così individuato può essere in qualunque momento adeguato a nuove aliquote fiscali rivenienti da una modifica della vigente normativa di legge. —~~

CALCOLO QUOTA DAL 2011			
SCAGLIONI DI REDDITO IRPEF SU PENSIONE ANNUA LORDA (RIVALUTATA ANNUALMENTE IN BASE AI COEFFICIENTI INPS)	ALIQUTA IRPEF VIGENTE	ALIQUTE DA APPLICARE AI PENSIONATI ORDINARI (CHE NON SVOLGONO ATTIVITÀ LAVORATIVA) (#)	ALIQUTE DA APPLICARE AI PENSIONATI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ LAVORATIVA (AUTONOMA, SUBORDINATA O PARASUBORDINATA)
fino a 15.000 euro	23%	1,694%	2,20%
da 15.001 a 28.000 euro	27%	1,606%	2,20%
da 28.001 a 55.000 euro	38%	1,364%	2,20%
da 55.001 a 75.000 euro	41%	1,298%	2,20%
oltre 75.000 euro	43%	1,254%	2,20%

(#) Le aliquote di ogni singolo scaglione vengono determinate calcolando l'esatta equivalenza fra il prodotto di un importo al netto dell'aliquota fiscale di riferimento moltiplicato la percentuale fissa del 2,2% e quello scaturente prendendo a base di riferimento l'importo lordo.

Esempio (primo scaglione):

$(100 - 23\%) * 2,2\% = 100 * x$, da cui $x = 1,694\%$.

Il procedimento così individuato può essere in qualunque momento adeguato a nuove aliquote fiscali rivenienti da una modifica della vigente normativa di legge.