



Guida per gli assistiti

Nomenclatore Base

- + Prestazioni
- + Benessere
- + Welfare

FasiOpen

Fondo Aperto
di Assistenza Sanitaria Integrativa

*Una moderna ed efficiente **Assistenza Sanitaria Integrativa**
per i lavoratori della tua Azienda e le loro famiglie*

AVVERTENZE

Gentili Iscritti, Spettabili Aziende e Spettabili Strutture Sanitarie,

Si ricorda che, per richiedere al FasiOpen il rimborso delle spese sanitarie, si dovrà inoltrare la documentazione di spesa tramite la homepage degli iscritti non più gli originali/fotocopie in modalità cartacea. A tale scopo è attiva sul sito Istituzionale la procedura ONLINE per l'inoltro delle richieste in forma indiretta mentre, per quanto riguarda le richieste di rimborso prestazioni fruita in forma diretta, la Struttura Sanitaria rientrante nel network sanitario riconosciuto da FasiOpen, avrà a disposizione un applicativo telematico dedicato.

Il FasiOpen continua, sebbene in via residuale, a mantenere la possibilità di inviare le richieste di rimborso di prestazioni tramite canali postali allegando esclusivamente la documentazione prevista in copia. A tal proposito si rammenta ancora una volta che, l'inoltro della richiesta in modalità cartacea deve essere limitata ai casi di effettiva impossibilità all'inoltro telematico e che, è esclusa la restituzione della documentazione inoltrata al Fondo (indipendentemente se inviata in copia o in originale).

Quanto segue, così come le premesse specifiche di branca, costituiscono un ulteriore supporto (valido per la forma diretta e indiretta) per un corretto inoltro delle richieste di prestazioni e riepiloga ulteriori informazioni che, vanno ad integrarsi con quanto esposto nelle singole guide dei Piani Sanitari attivi per il Fondo.

Il presente Nomenclatore ha, inoltre, lo scopo di elencare unicamente le prestazioni per la Medicina e Chirurgia e per l'Odontoiatria che, il FasiOpen prevede come Sua area di intervento nella compartecipazione alla spesa.

Il Fondo prevederà il rimborso delle prestazioni sanitarie elencate qualora queste, siano rientranti nelle garanzie previste dal singolo Piano Sanitario attivo per l'iscritto richiedente, nei limiti di quanto regolamentato dalla singola garanzia e nei limiti della spesa sostenuta.

Il Nomenclatore è suddiviso in 21 sezioni:

- ✓ **SEZIONE B.** – VISITE SPECIALISTICHE
- ✓ **SEZIONE C.** – DEGENZE E PRESTAZIONI COMPLEMENTARI
- ✓ **SEZIONE D.** – MATERIALI E MEDICINALI
- ✓ **SEZIONE E.** – PRESIDI E PROTESI
- ✓ **SEZIONE F.** – COSTI E COMPENSI PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI TRASFUSIONALI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO
- ✓ **SEZIONE G.** – USO SALE DEDICATE - USO SALA OPERATORIA - USO APPARECCHI SPECIALI IN SALA OPERATORIA - USO STRUMENTI AD ALTO COSTO
- ✓ **SEZIONE H.** – ASSISTENZA EQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA
- ✓ **SEZIONE I.** – ONCOLOGIA MEDICA – CHEMIOTERAPIA
- ✓ **SEZIONE L.** – MEDICINA IPERBARICA
- ✓ **SEZIONE M.** – LITOTRIPSIA
- ✓ **SEZIONE N.** – TERAPIE
- ✓ **SEZIONE O.** – INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO

- NOTTURNO, IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY)
- ✓ **SEZIONE P.** – ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
 - ✓ **SEZIONE Q.** – FISIOKINESITERAPIA
 - ✓ **SEZIONE R.** – PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE
 - ✓ **SEZIONE T.** – CURE TERMALI
 - ✓ **SEZIONE U.** – TICKET
 - ✓ **SEZIONE V.** – PACCHETTI CHIRURGIA
 - ✓ **SEZIONE Z.** – PREVENZIONE
 - ✓ **PRESTAZIONI ALTRE**
 - ✓ **PRESTAZIONI PREVISTE SOLO IN FORMA INDIRECTA**

Le voci non presenti nel presente Nomenclatore Base sono da considerarsi come non rientranti nell'area di intervento del Fondo e quindi, come non rimborsabili. Le voci presenti si ribadisce, saranno rimborsabili unicamente se rientranti nelle garanzie previste dal Piano Sanitario opzionato dall'iscritto assistito, nei limiti di quanto dallo stesso regolamentato e sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Non sono ammesse, autonome codifiche per similitudine delle prestazioni/cure indipendentemente se effettuate da professionista/struttura sanitaria convenzionata in forma diretta e/o da professionista in forma indiretta.

Di seguito, vengono riportate alcune delle specifiche valide per tutti i piani sanitari previsti dal FasiOpen che, andranno ad aggiungersi con quanto previsto dalla Premesse specifiche di Sezione del Nomenclatore Base e con quanto successivamente specificato nelle singole guide che caratterizzano le diverse tipologie di coperture.



Visite specialistiche

La documentazione di spesa deve riportare inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico che deve essere attinente alla patologia che ha reso necessaria la visita, gli estremi anagrafici e la Partita IVA.

Nel caso in cui la visita specialistica venga fatturata da una Struttura Sanitaria, indipendentemente se convenzionata in forma diretta con il Fondo, oltre ai dati anagrafici della Struttura e la Partita IVA, dovrà comunque essere specificato il titolo accademico di specializzazione del medico che, anche in questo caso, dovrà essere attinente alla patologia che ha reso necessaria la visita stessa.

Non sono rimborsabili le visite: effettuate dal medico odontoiatra al di là di quanto e se previsto dall'apposita Garanzia Odontoiatria del piano sanitario; dallo specialista in igiene e medicina preventiva; la visita senologica; di medicina del lavoro; di medicina legale; visite radiologiche; di medicina nucleare; di medicina dello sport; di medicina aerospaziale; di idrologia medica; prestazioni e/o visite di medicina generale (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, medicinali e/o sostanze usate per gli esami allergologici, iniezioni sclerosanti); visite effettuate dallo psicologo; di dietologia e/o nutrizionista indipendentemente se eseguita da medico-chirurgo specializzato in Scienza dell'alimentazione; visite e/o prestazioni omeopatiche e/o di medicina alternativa; visite e/o prestazioni di osteopatia; di fisiokinesiterapia (diversa dalla visita fisiatrice). Non sono altresì rimborsabili le visite medico chirurgiche finalizzate all'estetica della persona (e/o a queste riconducibili) indipendentemente se eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi; visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva ecc). Non sono rimborsabili le consulenze/visite effettuate da soggetti diversi dal laureato in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici (riportante anche la/le specializzazione/i del professionista). Sono invece, rimborsabili laddove previsto dal singolo Piano Sanitario, le Sedute di Psicoterapia/Supporto Psicologico (non assimilabile a visite specialistiche) nei limiti specificati dalla Garanzia che le include, unicamente se effettuate dai professionisti specificate nella voce stessa.

Per assistenza specialistica oncologia deve intendersi, esclusivamente, quella prestata dallo specialista durante le sedute di chemioterapia infusione indipendente dal regime, oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno senza chemioterapia. L'assistenza specialistica oncologica non si somma ad altro tipo di assistenza medica in degenza e/o a qualsiasi tipologia di visita specialistica. Si ricorda che nella documentazione sanitaria deve essere esplicitamente dettagliato il tipo di terapia praticata ed il regime in cui è stata effettuata la terapia stessa (laddove prevista dal Piano Sanitario).

Per assistenza medica in degenza deve intendersi l'assistenza prestata giornalmente dall'intera équipe medica curante durante i ricoveri senza intervento chirurgico. L'assistenza medica in degenza non si somma ad altro tipo di assistenza specialistica e/o alla visita specialistica ad eccezione del consulto operato da professionista con diversa specializzazione rispetto a quella per la quale è stato richiesto il ricovero.

Rette di degenza

Se non diversamente previsto e regolamentato dalle Garanzie del singolo Piano Sanitario, la retta giornaliera è rimborsabile per un massimo di 90 giorni nell'arco dell'anno solare, intendendo per anno solare il periodo di 365 giorni precedenti ad ogni singolo giorno di ricovero.

La retta giornaliera (qualsiasi) è applicabile, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta, per i ricoveri in reparti di medicina o chirurgia di strutture sanitarie pubbliche, private non accreditate o Case di Cura accreditate, per la risoluzione di eventi nella fase acuta. La degenza in reparti di Terapia Intensiva, Sub-intensiva, uso della stanza attrezzata per terapie radiometaboliche concorrono al raggiungimento dei 90 giorni massimi annui.

Il rimborso per il day hospital e il day surgery è riconosciuto solo nei casi di: intervento chirurgico, di prestazioni chemioterapiche e terapia del dolore documentati da cartella clinica. È quindi tassativamente escluso nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici o per altri motivi. Il rimborso per il day surgery è escluso nei casi di intervento a pacchetto (es. pacchetto cataratta, pacchetti di gastroenterologia ecc.).

Si specifica che, poiché alcuni esami/accertamenti/interventi, possono essere effettuati ambulatorialmente indipendentemente se eseguiti con eventuale sedazione profonda, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa dell'assistito. Nella fattispecie della richiesta, per il riconoscimento del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata alla richiesta, documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto all'esecuzione in tal tipo di regime.

La retta di degenza in reparto di rianimazione, unità coronarica e terapia sub-intensiva si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, anche dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali e partecipa anch'essa alla valorizzazione dei 90 giorni annui. Pertanto, in tal caso, alla retta di degenza non si somma il codice/tariffa per l'eventuale assistenza in degenza.



Medicinali – Materiali Sanitari

Sono rimborsabili, nella misura prevista dai singoli Piani Sanitari, esclusivamente i medicinali utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) e regolarmente esposti nella fattura rilasciata dalla struttura sanitaria, compreso il sangue e i suoi derivati che devono essere addebitati seguendo le normative vigenti sulla materia specifica.

Sono rimborsabili, nella misura prevista dai singoli Piani Sanitari, tutti i materiali sanitari utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) in Struttura Sanitaria e regolarmente esposti in fattura.

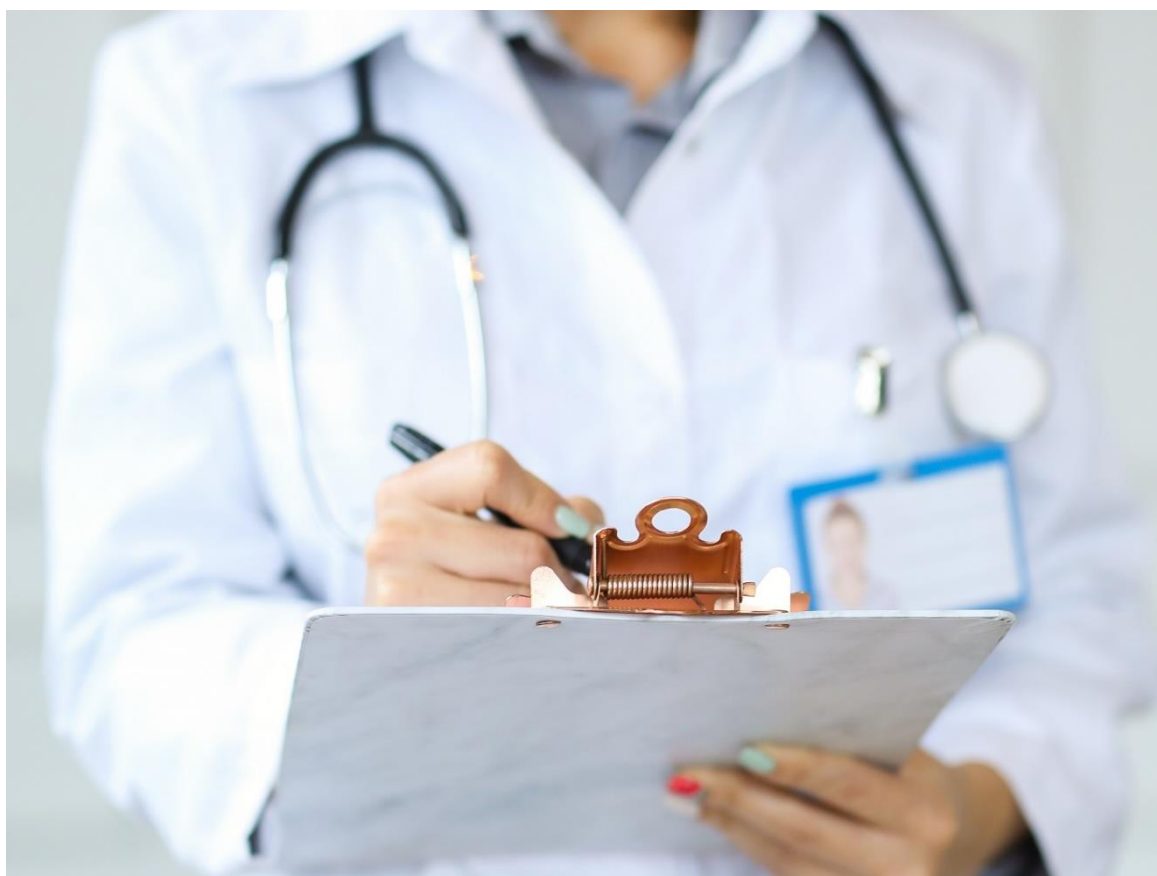
Per gli interventi e/o procedure eseguite in regime ambulatoriale (sala ambulatoriale) materiali, medicinali e strumentazioni sono compresi nelle tariffe delle sale stesse.

Si precisa che, nel caso di “pacchetti” fruiti in forma diretta, quanto accettato dalla Struttura Sanitaria nell’atto di convenzione sottoscritto, rappresenta il massimo fatturabile previsto per quella determinata procedura/intervento chirurgico.

Qualsiasi tipologia di Presidi e/o Protesi non può essere assimilata al codice dei materiali.

Per quanto riguarda i materiali ed i medicinali utilizzati nel corso degli interventi chirurgici di natura odontoiatrica, i costi sono inclusi nelle tariffe massime di rimborso delle prestazioni stesse e non sono liquidabili pur se esposti in fattura indipendentemente se riconducibili alla sala operatoria e/o alla eventuale degenza.

Il FasiOpen si riserva la facoltà di richiedere il dettaglio dei materiali e/o medicinali per i quali si è presentata la richiesta di rimborso.



Presidi e Protesi

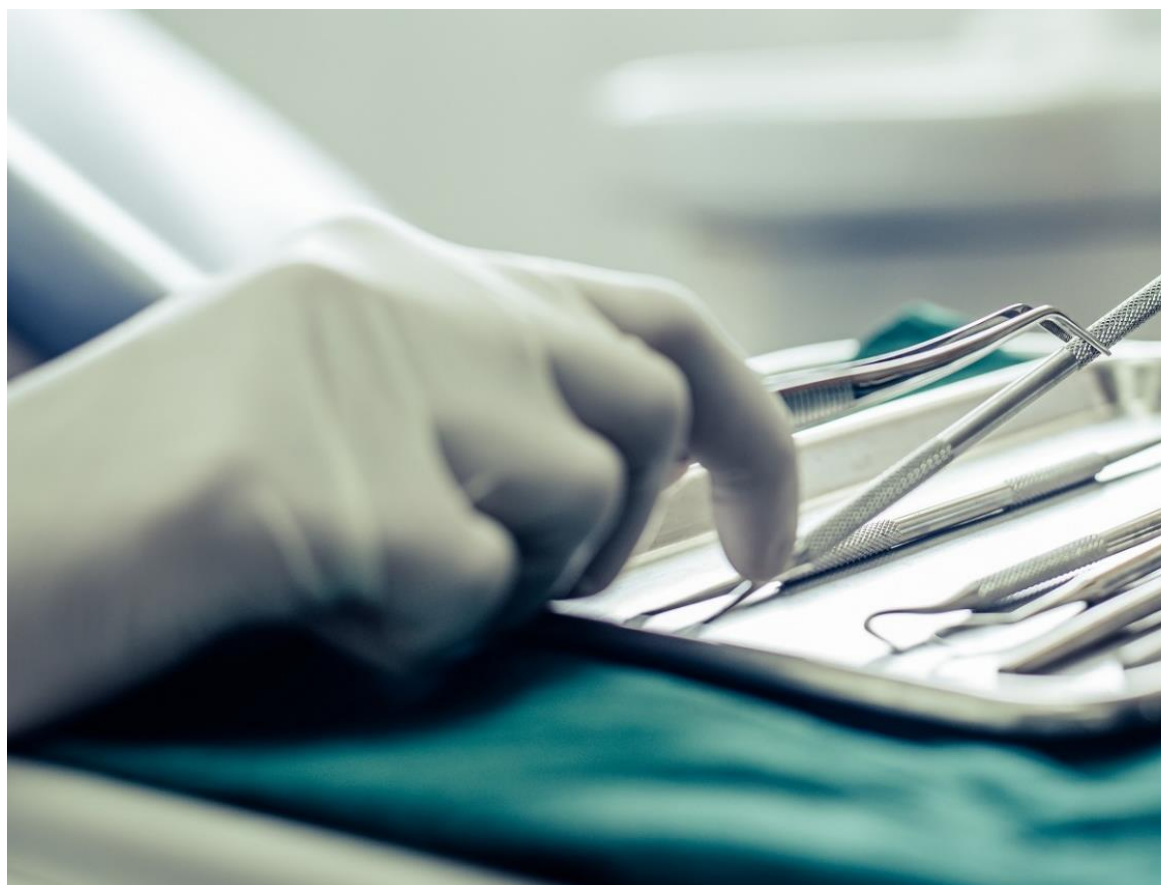
È previsto il rimborso dei Presidi e/o delle Protesi solo se, regolarmente previste dal proprio Piano Sanitario (limitatamente nell'ambito delle Garanzie che le prevede), se prescritti da un medico specializzato nella relativa patologia, oppure se utilizzati in corso di ricovero con degenza diurna o notturna dettagliatamente riportati nella cartella clinica e nella relativa fattura rilasciata dalla Struttura Sanitaria.

Si precisa che è riconosciuto il rimborso del presidio e/o protesi nella sua interezza, sempre nei termini dei limiti temporali laddove previsti e nella misura massima di compartecipazione alla spesa indicata dal proprio Piano Sanitario, ovvero, non è riconosciuto il rimborso per la sostituzione e/o riparazione di parti danneggiate o soggette ad usura.

Non è prevista la compartecipazione alla spesa da parte del Fondo per presidi/protesi/tutori al di fuori di quanto dettagliato nella relativa Sezione del Nomenclatore Base in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Qualsiasi tipologia di Presidi e/o Protesi non può essere assimilata al codice dei materiali.

Il Fondo si riserva la possibilità di richiedere ulteriori dettagli delle voci riportate in fattura e la certificazione di conformità dei manufatti secondo quanto disciplinato dalla normativa UE (2017/745 Regolamento Europeo – ex Direttiva 93/42/CEE).



Uso Sala Operatoria

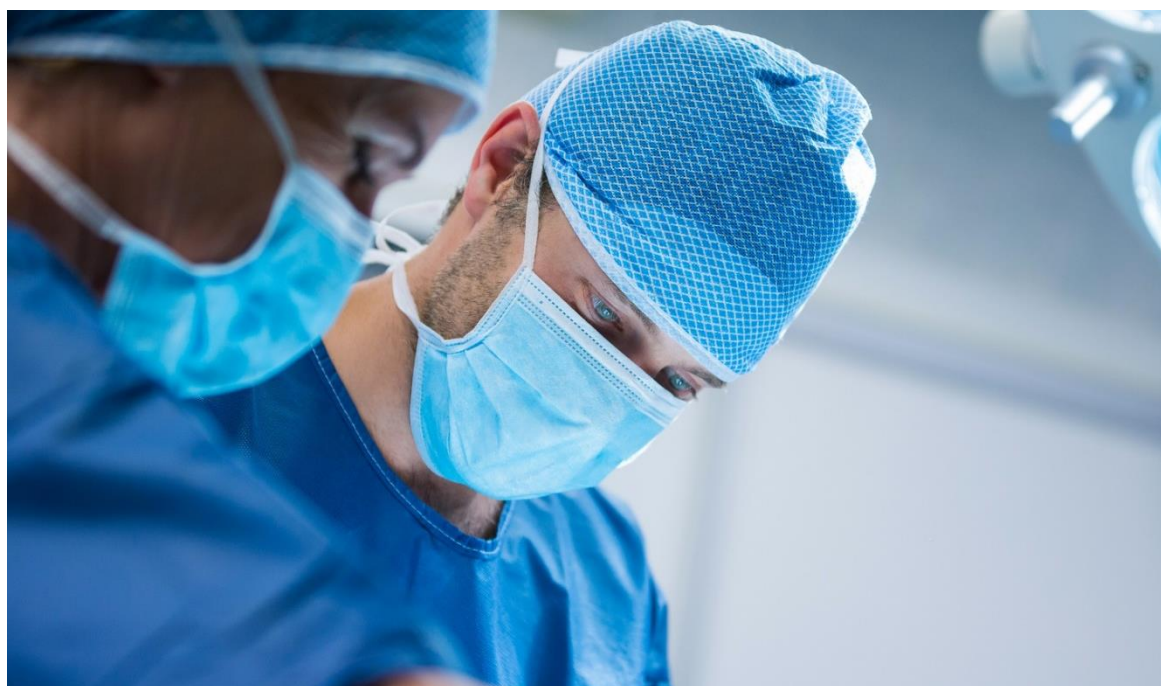
Per i Piani Sanitari che prevedono il rimborso analitico, l'uso della sala operatoria è riconosciuta secondo la tariffa massima esposta per il codice identificato all'interno del Nomenclatore Base. L'identificazione della fascia per la sala operatoria è determinata dall'importo o somma di importi riconosciuto/i per l'intervento/i eseguiti nella medesima seduta operatoria, fermo restando quanto disciplinato per l'approvazione degli interventi chirurgici. Ad identificazione avvenuta, l'addebito sarà ammesso sempre ovviamente entro i limiti della spesa effettivamente sostenuta; il rimborso viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso.

La tariffa per la sala operatoria (regime di ricovero notturno/diurno) comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura, salvo quanto compreso nelle singole procedure (es. le procedure endoscopiche sono comprensive dell'endoscopio e dei relativi materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura) e salvo quanto specificatamente descritto nell'ambito degli strumenti ad alto costo.

Il rimborso per la sala ambulatoriale si intende comprensivo dei medicinali e dei materiali sanitari e qualsiasi attrezzatura se non diversamente indicato.

Si precisa che il rimborso dell'uso della sala operatoria in ricovero (notturno o diurno) oppure della sala ambulatoriale è correlato alla richiesta di un atto chirurgico e/o atto medico, pertanto l'eventuale richiesta di rimborso del solo uso della sala, sarà soggetto ad insindacabile valutazione da parte del Fondo. Si invita pertanto, in tali casi, a fornire relazioni e/o documentazione affinché il Fondo abbia tutti gli strumenti per la predetta valutazione.

Non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa, da parte del Fondo, per l'addebito della sala ambulatoriale in caso di interventi di natura odontoiatrica.



Cartella Clinica

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

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

Qualora la documentazione non risultasse leggibile, il FasiOpen si riserva di richiedere la trascrizione della cartella clinica.

In caso di ricovero (qualsiasi tipologia) finalizzato all'esecuzione di procedure/accertamenti di norma eseguibili ambulatorialmente (indipendentemente se eseguiti con eventuale sedazione profonda), ai fini del rimborso della prestazione, sarà necessario inoltrare la cartella clinica dalla quale sia rilevabile il quadro clinico dell'assistito che dovrà essere compatibile con la richiesta di esecuzione delle procedure in regime di ricovero. Il Fondo ne valuterà la congruità riservandosi di ammettere o meno il rimborso corrispondente al tipo di ricovero richiesto.

In caso di ricovero chirurgico la cartella clinica deve contenere registro e/o verbale di sala operatoria da cui risulti il tipo di intervento eseguito.



Interventi Chirurgici

Quanto previsto per le singole voci dai singoli Piani Sanitari, indipendentemente dalla tipologia di intervento e del regime in cui lo stesso viene eseguito è onnicomprensivo delle prestazioni effettuate da tutti i partecipanti all'atto/agli atti chirurgico/i (operatore/i, aiuti, assistenti, anestesista, tecnici ecc.) rilevabili dal verbale della sala operatoria all'interno della cartella clinica e dell'assistenza prestata dall'intera equipe chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari, indipendentemente dalla tipologia di strumentazione e/o apparecchiatura, si intende riconosciuto quanto applicato per gli interventi eseguiti tradizionalmente, salvo quanto previsto nella sezione "Uso strumenti ad alto costo" (con l'eccezione di quelle previste per l'esecuzione della procedura stessa, esempio: le procedure endoscopiche sono comprensive dell'endoscopio e dei relativi materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura), ed esclusivamente per quelle indicate (sempre comprensive dei materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura) solo se esplicitamente riportate nella cartella clinica/verbale di sala operatoria.

Laddove previsto dal Piano Sanitario/sue Garanzie ed in particolare per la forma diretta, in caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, indipendentemente dalla tipologia di intervento e dal regime di esecuzione dello stesso/stessi (ricovero notturno/diurno/ambulatoriale) ed anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta operatoria, viene riconosciuta, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima si intende ridotta del 50%.

Pertanto, l'identificazione della fascia della sala operatoria (per la forma diretta e ove previsto il rimborso analitico) avverrà in base alla tariffa massima riferita all'intervento o in caso di interventi concomitanti, in base alla somma dell'intervento principale (o più oneroso) e quella del 50% degli altri interventi (fatta eccezione per i corrispettivi concomitanti degli interventi a "pacchetto").

In tutti i casi, il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria all'interno della cartella clinica (nel caso di ricovero notturno/diurno) e/o dal verbale di sala operatoria (nel caso di intervento eseguito in sala operatoria ambulatoriale, ove prevista la rimborsabilità).

A maggior chiarimento, indipendentemente dal Piano Sanitario attivo per il singolo iscritto/assistito, si precisa che, l'effettivo riconoscimento delle procedure, siano esse chirurgiche (ricovero o ambulatoriale ove previsto) piuttosto che accertamenti e/o altro, in particolar modo per la forma diretta e/o per quanto comunicato preventivamente dagli operatori su richiesta dell'iscritto assistito stesso come presumibilità di rimborso, potrà trovare conferma, solo ed esclusivamente in sede di consuntivo. Solo, quindi, all'atto dell'esame della documentazione di spesa, delle cartelle cliniche/verbali operatori/relazioni mediche/referti ecc, potrà essere accertata la corrispondenza effettiva delle procedure eseguite effettivamente con le voci/prestazioni richieste al rimborso (forma diretta) e/o quanto comunicato telefonicamente agli operatori (iscritto/assistito).

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

praticato dal medesimo.

Per gli interventi di asportazione di **tumori maligni**, eseguiti in regime ambulatoriale e ove previsti dal piano sanitario, poiché la natura della neoformazione è determinabile solo tramite esame istologico, **è necessario inoltrare anche il referto dell'esame istologico in questione e la fotografia pre e post intervento**, per ottenere il riconoscimento del rimborso previsto, se previsto dal Piano Sanitario.

Il FasiOpen, per qualsiasi tipologia di intervento, si riserva comunque di richiedere documentazione aggiuntiva oltre quella prevista.



Sono tassativamente esclusi dal rimborso (salvo quanto e se esplicitamente riportato nel Nomenclatore vigente all'atto della fatturazione e se previsto dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario): atti chirurgici e/o terapie mediche connesse ad infertilità e/o sterilità maschile o femminile; atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigidity femminile; tutte le cure e/o accertamenti e/o gli interventi di natura estetica e tutte le prestazioni e/o gli interventi chirurgici ad essi collegabili o conseguenti ad eventuali precedenti interventi chirurgici o cure. Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzioni della cornea eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, qualsiasi altro trattamento laser in oculistica, oltre quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "Trattamenti laser".



da — Accertamenti diagnostici

Gli accertamenti diagnostici sono riconosciuti nei limiti di quanto e se previsto dalle Garanzie dei singoli Piani Sanitari.

Per accedere ai previsti rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la **prescrizione del medico specialista e/o medico di base curante con l'indicazione del tipo di patologia (obbligatoria) che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi.**

Il FasiOpen si riserva, comunque, di richiedere copia dei referti diagnostici, nel caso in cui emergesse la necessità di ulteriori approfondimenti.

In considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del ticket e di prestazioni private non riconosciute dal S.S.R., presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo (e quindi quali prestazioni) è riferito al solo ticket.

Premesso che sono esclusi i rimborsi relativi a prestazioni di medicina preventiva (salvo i Pacchetti Prevenzione previsti dal FasiOpen nei limiti di quanto da questo previsto e da quanto regolamentato dal Piano Sanitario dell'iscritto/assistito), il Fondo si riserva di valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata.

Tutte le analisi di laboratorio contenute nel Nomenclatore Base sono rimborsabili solo ed esclusivamente se previste dal proprio Piano Sanitario e se regolarmente fatturate da laboratori di analisi autorizzati. Si ricorda che, il prelievo venoso è compreso nelle prestazioni stesse. La richiesta del prelievo domiciliare, se previsto dal Piano Sanitario, come quota aggiuntiva alla prestazione stessa, limitatamente a quelli espressamente previsti dal Nomenclatore Base in vigore all'atto della fatturazione, deve risultare chiaramente esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia indicata in quest'ultima, ovvero, deve risultare il quadro clinico critico che ha reso necessario il prelievo presso il proprio domicilio.

Si rimborsano tutti gli accertamenti, esposti e nei limiti indicati nel presente Nomenclatore se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario, comprese le analisi genetiche (solo quelle esposte nel Nomenclatore Base e comprese nel Piano Sanitario) eseguiti unicamente con finalità diagnostico-terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale.



Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva (predittività), sperimentale e/o di ricerca e/o alternativa.

Per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare le voci si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva.

Le voci comprendono altresì l'onorario del radiologo o del medico nucleare e di altri

specialisti e/o tecnici, ove intervengano, i mezzi di contrasto, i materiali, i medicinali ed altro, salvo quanto espressamente previsto dalle singole premesse specifiche di branca, esposte per ogni sottosezione. Si precisa che, per i Piani Sanitari che non prevedono un rimborso analitico, il mezzo di contrasto è considerato come prestazione a sé stante, pertanto, eventuali franchigie, scoperti verranno applicati anche alla voce del “mezzo di contrasto” e, anche questo, concorrerà all’erosione del massimale previsto, se previsto, della Garanzia.



L’eventuale assistenza anestesiológica per gli esami diagnostici e/o invasivi, laddove necessaria, è compresa nella voce prevista per il singolo esame, salvo quanto, eventualmente, specificatamente descritto dal FasiOpen.

Per alcuni esami diagnostici, se previsti dal proprio Piano Sanitario ed in particolare per la forma diretta indipendentemente dal Piano Sanitario, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame (o comunque economicamente meno oneroso) eseguito nel corso della stessa seduta, come più dettagliatamente riportato nelle relative “Premesse Specifiche di Branca”.

Si precisa che, con la definizione “nel corso della stessa seduta” deve intendersi, nel corso del medesimo accesso alla struttura sanitaria, pertanto, nel caso di esecuzione di due accertamenti, sarà applicata la riduzione del 50% (ove previsto) qualora non sia inequivocabilmente rilevabile l’eventuale diverso accesso (diverso giorno di esecuzione dell’accertamento).

All’interno della sezione di Accertamenti Diagnostici, sono previsti esami di genetica molecolare. A tal proposito si specifica che gli esami sono rimborsabili solo ed esclusivamente se rientranti nel proprio Piano Sanitario all’interno delle singole Garanzie (limitatamente a quanto da queste regolamentato). Sono riconosciuti esclusivamente gli esami di Genetica Molecolare esplicitamente citati (se previsti dal Piano Sanitario) nel Nomenclatore Base ed esclusivamente se eseguiti con finalità diagnostico-terapeutiche (esclusi dunque quelli imputabili alla ricerca e/o sperimentazione e/o prevenzione e/o predittività).

Gli esami di Genetica Molecolare e/o citogenetica prenatale e post-natale sono rimborsabili esclusivamente se prescritti da Medico-Chirurgo specializzato in Genetica Medica (genetica clinica) oppure specializzato in Oncologia. Non sono previste altre possibilità.

Gli esami, seppur di rilevante importanza e rientranti nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari, non saranno riconosciuti se prescritti da professionisti, indipendentemente dalla specializzazione, diversi da quelli espressamente riportati.

Infine, si precisa che, poiché il risultato di molti esami di Genetica Molecolare non varia con il passare del tempo, questi saranno riconosciuti una sola volta, pertanto, si raccomanda la conservazione degli esiti stessi (il Fondo non può fornire copia di quanto eventualmente pervenuto in associazione alle richieste di rimborso).

Fisiokinesiterapia

Per i Piani Sanitari che prevedono il rimborso analitico, quello delle spese relative alla fisiokinesiterapia è limitato al totale di 80 prestazioni (non sedute) per anno (1° gennaio/31 dicembre) per assistito per patologie neurologiche, neuromotorie ed osteoarticolari indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione, da qualsiasi distretto anatomico trattato.

Le voci relative alla sezione Riabilitazione, per le quali viene esplicitamente riportata la specifica di “a seduta”, non possono essere associate ad altre prestazioni/voci della sezione di Fisiokinesiterapia, poiché già ricomprese nelle voci di Rieducazione.

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

I limiti suindicati non sono applicabili in termini quantitativi per le prestazioni di agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali che hanno propri limiti annuali, i quali però concorrono alla valorizzazione delle 80 prestazioni annuali massime.

Il noleggio di apparecchiature che, anch'esso ha propri limiti annuali, se previsto dal proprio Piano Sanitario e nei limiti da questo riportati, non partecipa alla valorizzazione dei limiti massimi annuali.

Le voci sono omnicomprensive dei materiali d'uso e medicinali.

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

Per accedere ai previsti rimborsi, è necessario trasmettere oltre quanto previsto dalle singole Garanzie (se previsto), unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle terapie eseguite (tipo delle terapie e numero) nonché **la prescrizione medica con relativa diagnosi certa della patologia (da non confondere con la sintomatologia)** che le ha rese necessarie e indispensabili.

Deve inoltre risultare chiaramente, nel caso di terapie effettuate presso centri autorizzati ad eseguire prestazione di carattere riabilitativo (autorizzazione rilasciate dalle Autorità competenti), la specializzazione del centro medesimo e, in tutti i casi, l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia della persona che ha effettuato e fatturato le prestazioni.



Si specifica che, le prestazioni che riportano nella descrizione “manu medica”, saranno riconosciute al rimborso qualora rientranti in Garanzie specifiche del Piano Sanitario, solo ed esclusivamente se eseguite da Medico- Chirurgo specializzato, ovvero, non potranno essere riconosciute se eseguite da figura professionale diversa dal Medico – Chirurgo con relativa specializzazione (attinente alla patologia e terapia praticata).

Si ricorda che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, etc.

Il Fondo non rimborsa le prestazioni eseguite da massaggiatori e capo bagnini degli stabilimenti idroterapici/termali.

Per le cure domiciliari valgono le stesse regole, le stesse tariffe massime e limitazioni, riportate nel Nomenclatore Base in vigore all'atto della fatturazione, ovvero, non è riconosciuta alcuna compartecipazione aggiuntiva per eventuali quote addebitate per la fruizione delle stesse presso il domicilio (qualsiasi). Qualora rilevabile dalla documentazione di spesa/sanitaria, tale ulteriore addebito sarà scorporato e risulterà non rimborsabile.

La voce/prestazione "Terapia Occupazionale" è riconosciuta dal Fondo, in caso di assistiti/iscritti affetti da disabilità cognitive, fisiche, psichiche preesistenti mentre, la voce/prestazione "Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche" è riconosciuta dal Fondo, nel caso di danno neurologico invalidante e quindi di terapia volta al recupero di capacità funzionali motorie o neuro-motorie recentemente ridotte e/o perdute per malattia o traumi e/o per patologie cronico-degenerative (es. Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla ecc.). Le predette voci si intendono a seduta, indipendentemente dal numero di terapie/prestazioni svolte all'interno della stessa, ovvero, le predette voci/prestazioni non si sommano ad altre voci/terapie/prestazioni della medesima sezione Fisiokinesiterapia. Al fine del riconoscimento del rimborso per "Terapia Occupazionale" dovrà chiaramente risultare l'abilitazione del professionista che ha effettuato le sedute/prestazioni.

Inoltre, fermo restando quanto sopra riportato relativamente ai limiti di riconoscimento annuo, al fine di salvaguardare gli assistiti affetti da gravi quadri sintomatologici e/o patologie, qualora previsto dal proprio Piano Sanitario (limitatamente al Piano Sanitario MOSAIC), su esplicita richiesta dell'iscritto/assistito e subordinata all'approvazione insindacabile da parte del Fondo, **la limitazione del numero di prestazioni rimborsabili** (ad eccezione della limitazione per l'agopuntura, le manipolazioni vertebrali, per il noleggio di apparecchiature e per le onde d'urto focali, che rimane confermata e non superabile) **non sarà applicata se le cure sono necessarie e riferite ai quadri sintomatologici e/o patologie di seguito descritte:**

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

A tal fine la documentazione delle spese sostenute, fin dalla prima richiesta dell'anno, se previste dal Piano Sanitario (ed alle condizioni da questo previste) e per ogni richiesta di rimborso per prestazioni fisiokinesiterapiche (indipendentemente dal regime di fruizione delle stesse) dovrà essere accompagnata da una **aggiornata e dettagliata relazione del medico specialista competente per diagnosi, che evidenzi il quadro clinico e l'iter terapeutico, in particolare per quanto riferito al numero e tipo di prestazione fisiokinesiterapiche necessarie al mantenimento/ stabilizzazione del quadro clinico stesso.**

Si sottolinea che, limitatamente ai Piani Sanitari con rimborso analitico (MOSAIC), a seguito di interventi chirurgici (escluso riduzioni incruente) quali:

- ✓ protesi ginocchio o tibiotalare od omero;
- ✓ Intervento chirurgico per lesioni capsulo legamentose di ginocchio o caviglia o spalla;
- ✓ ernie cervicali o dorsali o lombari o stabilizzazioni vertebrali (spondilolistesi);

su esplicita richiesta dell'iscritto/assistito (o Struttura Sanitaria in accordo con l'iscritto/assistito) potranno essere riconosciute come rimborsabili le cure fisiokinesiterapiche (limitatamente a quelle riconducibili in modo inequivocabile all'intervento chirurgico tra quelli subito sopra indicati) fruite e fatturate nel corso dei 90 giorni successivi al giorno dell'intervento chirurgico (giorno effettivo dell'intervento e non giorno di dimissione dal relativo ricovero) indipendentemente dal limite di 80 prestazioni annue (sempre fatta eccezione per l'agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali e noleggio apparecchiatura per i quali rimangono validi i limiti propri delle prestazioni).



Per derogare temporaneamente al limite nel predetto periodo ed indipendentemente dal regime di fruizione delle prestazioni, si deve obbligatoriamente allegare la copia della cartella clinica, anche se precedentemente inviata con altra richiesta di rimborso, supportata dalla lettera di dimissioni ospedaliera e la relazione aggiornata del medico chirurgo che ha effettuato l'intervento che confermi l'effettivo numero e tipo di terapie fisiokinesiterapiche necessarie alla risoluzione dell'evento.

L'eventuale deroga temporanea ai limiti delle 80 prestazioni annue, può essere concessa dal Fondo a suo insindacabile giudizio, una sola volta per patologia/intervento/evento traumatico.

Il FasiOpen si riserva la facoltà, sia prima che dopo l'erogazione delle prestazioni, di eseguire controlli amministrativi e sanitari anche mediante visite da parte di medici incaricati dal Fondo e/o verifiche del titolo accademico/specializzazione del professionista che ha eseguito le prestazioni, anche mediante consultazione degli elenchi registrati presso gli Ordini e/o Albi Professionali.

Assistenza Infermieristica

Il FasiOpen riconosce il rimborso dell'Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno, qualora questa risulti esplicitamente prevista dal proprio Piano Sanitario. Per Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno si intende, l'assistenza privata e ad personam prestata da personale infermieristico oltre quanto regolarmente già erogato dalla Struttura Sanitaria nell'ambito dell'assistenza infermieristica di reparto (attività extraospedaliera).

Per il rimborso dovrà essere rilevabile che, la predetta Assistenza infermieristica non sia sovrapponibile ad altra attività ospedaliera e, che sia inequivocabilmente riservata al singolo iscritto/assistito. L'eventuale rimborso, se previsto dal Piano Sanitario, si intende giornaliero (24h) per un numero minimo di 6 ore di assistenza (indipendentemente se diurne o notturne).

Prestazioni Odontostomatologiche

Il Fondo non prevede, il riconoscimento del ricovero (qualsiasi tipologia) per prestazioni odontostomatologiche.

Le prestazioni odontoiatriche sono riconosciute nella misura e limiti previsti dalle singole Garanzie dei Piani Sanitari.

Si specifica che, le prestazioni odontoiatriche, indipendentemente dal Piano Sanitario, sono soggette a limiti temporali di rimborsabilità e, per determinate voci, è previsto l'obbligo di presentazione di documentazione pre e post cure oltre che di un piano di cure preventivo (tramite modulo dedicato alla forma indiretta ove prevista). Non è necessario attendere l'esito del piano di cure preventivo per iniziare i trattamenti di cui si necessita; la verifica da parte del Fondo è di natura prettamente amministrativa e non vuole, in alcun modo, entrare nel merito della scelta terapeutica seguita dal proprio medico odontoiatra di fiducia e/o della Struttura Sanitaria.

L'esito del piano di cure, è atto ad evidenziare eventuali incompatibilità medico-amministrative tra i codici prestazioni identificati, con particolare riguardo a quanto indicato nelle "Premesse specifiche di branca e sottobranca", "Prestazioni non rimborsabili dal Fondo", "limiti temporali di rimborsabilità" e "obblighi" specificati per le singole prestazioni.

A maggior chiarimento, si evidenzia che le prestazioni odontoiatriche vengono imputate sui singoli elementi dentari/sedi dentarie/arcate/emiarcate, sulla base della data fattura di saldo delle prestazioni stesse. Pertanto, a titolo di mero esempio, se una otturazione è rimborsabile una volta ogni 3 anni su un determinato elemento dentario, e viene ad esempio rimborsata con fattura datata 3/03/2025 questa non sarà nuovamente riconosciuta prima del 4/03/2028.

La valutazione dei limiti temporali e/o delle compatibilità tra i codici/voci prestazioni avviene in funzione della contestualità della richiesta di prestazioni, di quelle già liquidate al momento dell'esame del "Piano di cure" inviato e non può ovviamente, tenere conto delle richieste in via di definizione e/o di quelle ancora non risultanti presso

il Fondo e/o non visibili dalla documentazione sanitaria eventualmente obbligatoria.

Per tale motivo, in via residuale, seppure una prestazione abbia ricevuto esito positivo all'atto della verifica medica del piano di cure, al momento dell'esame della richiesta di rimborso, potrebbe risultare non liquidabile perché "eccedente i limiti" oppure perché la prestazione riportata sul piano di cure risulta diversa da quella eseguita od ancora non compatibile con le prestazioni liquidate o con quelle risultanti dalla documentazione sanitaria.

Si ricorda che, la richiesta di rimborso dovrà essere compilata in tutte le sue parti e trasmessa a FasiOpen entro e non oltre 3 mesi dalla data di fattura di saldo delle prestazioni di cui si vuole chiedere il rimborso al Fondo.

Nel ricordare che, la documentazione di spesa deve essere sempre intestata all'assistito al quale sono state eseguite le cure (nel caso di assistiti minorenni, anche se la fattura viene intestata al titolare dell'iscrizione, il nome del minore soggetto a cure deve comunque essere chiaramente riportato nella fattura, dovendo essere sempre identificabile il soggetto principale come da normativa fiscale) e che non è possibile presentare un giustificativo di spesa relativo a prestazioni fruite da più familiari/assistiti, si sottolinea che le fatture di acconto non sono rimborsabili:

- ✓ Una fattura di acconto è una fattura che non ha particolare correlazione tra pagamenti e cure effettuate e completate e deve necessariamente essere inviata in associazione a quella di saldo parziale o di saldo delle cure stesse. Esempio: l'odontoiatra rilascia un preventivo all'iscritto/assistito per 2 otturazioni per € 100,00 cad. Totale cure preventivate € 200,00. L'iscritto assistito salda una fattura di € 150,00. Quest'ultima rappresenta un acconto sul piano di cure stabilito di concerto con il curante perché, è maggiore del valore di una sola otturazione, ma è minore del valore di ambedue le prestazioni programmate. Pertanto, secondo tale esempio, la fattura di € 150,00 è un acconto che dovrà essere inoltrata insieme alla fattura di saldo (di € 50,00).
- ✓ Una fattura di saldo parziale è una fattura che si riferisce specificatamente a parte delle cure già effettuate e completate, ancorché altre siano ancora in corso. Si richiama quindi l'attenzione sul fatto che, benché una fattura riporti la dicitura "acconto" all'interno della descrizione, questa venga considerata quale "saldo parziale" nel caso in cui sia rilevabile l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate. Esempio (prendendo spunto dal precedente): l'iscritto assistito salda una fattura di acconto di € 100,00 e la fattura riporta la dicitura acconto. Questa, secondo l'esempio precedente, risulta essere un acconto nell'ambito del rapporto iscritto/assistito e odontoiatra curante ma, rappresenta una fattura di saldo parziale poiché è strettamente riconducibile ad una cura terminata (otturazione di € 100,00). Tale fattura dovrà quindi essere inoltrata entro 3 mesi dalla data di emissione.
- ✓ Una fattura di saldo è una fattura che chiude la rendicontazione delle cure effettuate e terminate. Proseguendo con gli esempi precedentemente fatti: fattura di saldo di € 50,00 da associare alla fattura di acconto (primo esempio) di € 150,00 da inviare entro 3 mesi dalla data di emissione della fattura di saldo. Oppure altro esempio: fattura di € 200,00 (valore totale delle 2 otturazioni) da inviare entro 3 mesi dalla data di emissione.

Ulteriori indicazioni saranno riportate nell'apposita sezione del Nomenclatore e, se previsto dal Piano Sanitario, nella Garanzia dedicata.

Cure Termali

Il rimborso per le cure termali viene riconosciuto solo se le stesse sono previste dal Piano Sanitario dell'iscritto/assistito e se sono state effettuate presso stabilimenti all'uopo attrezzati ed autorizzati, siti in località termali.

Le cure con fanghi e la balneoterapia sono ammesse al rimborso previsto **per un massimo di 12 giorni l'anno per assistito**.

Le cure idropiniche ed inalatorie sono ammesse al rimborso previsto **per un massimo di 10 giorni l'anno e per non più di 3 anni per assistito**.

Nel caso di contemporanea effettuazione di cure con fanghi o balneoterapia e cure idropiniche od inalatorie è prevista l'applicazione della sola tariffa più elevata.

Per usufruire del rimborso per cure termali è necessario inviare apposita prescrizione medica, attestante la necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia (diversa dalla sintomatologia) in atto, nonché la documentazione di spesa per l'ingresso agli stabilimenti termali. Dai rimborsi sono tassativamente escluse le spese di soggiorno e/o altre spese accessorie.

Ticket

Il ticket, che deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, è rimborsabile, nei limiti massimi secondo specifica delle singole Garanzie dei singoli Piani Sanitari, **solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Piano Sanitario dell'iscritto/assistito**, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione (come riportato anche nel Nomenclatore).

Si ricorda che il Ticket è una voce di spesa diversa dalla Quota fissa Finanziaria 2011 e dal Contributo Fisso Aggiuntivo Quota ricetta.

In considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del ticket e di prestazioni private non riconosciute dal S.S.R., presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo ticket e/o quale importo è relativo a prestazioni fruitive in regime privatistico.

Pacchetti Chirurgia

Al fine di snellire le procedure di inoltro delle richieste di rimborso da parte degli assistiti e da parte delle Strutture Sanitarie rientranti nel network riconosciuto dal FasiOpen, sono stati introdotti, per alcune procedure già ricomprese nell'area di intervento del Fondo, dei pacchetti chirurgici. Per i Piani Sanitari che prevedono il rimborso analitico, si precisa che i Pacchetti Chirurgici identificano l'importo massimo di compartecipazione del Fondo per le procedure poiché, all'interno di questi sono state valorizzate economicamente tutte le competenze previste, ovvero, i pacchetti sono omnicomprensivi di: équipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, eventuale protesi (per gli interventi che le prevedono), analisi ed accertamenti relativi all'intervento stesso intra-ricovero, primi trattamenti riabilitativi post-intervento ed intra-ricovero ove previsti.

Per i Piani Sanitari che operano a Garanzia, nulla risulta variato rispetto alla precedente valorizzazione poiché, i Pacchetti operano sempre in funzione e nei limiti di quanto previsto, se previsto, dalle Garanzie che le ricomprende.

La modalità a Pacchetto, per la forma diretta, permette di accedere alle procedure chirurgiche con tariffe economicamente più favorevoli all'iscritto/assistito.

Il trattamento previsto per la prestazione a "pacchetto" è relativo all'intervento chirurgico come fase unica, ossia, il ricovero/procedura chirurgica è l'unica procedura eseguita nel corso di un ricovero. Qualora l'intervento/procedura, venga invece effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico (per il quale non è presente la modalità a pacchetto), sarà disponibile all'interno del Nomenclatore, un'ulteriore voce di "intervento concomitante" che prevede un diverso importo (imputabile qualora l'intervento non sia la fase principale dell'atto chirurgico). In tal caso, e solo per questa tipologia di intervento, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%. Le procedure per le quali è prevista la modalità "Pacchetto" (se rientranti in quanto previsto dal singolo Piano Sanitario dell'iscritto/assistito e nei limiti delle relative Garanzie) sono:

- ✓ PACCHETTO CATARATTA, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi del cristallino);
- ✓ PACCHETTO CHIRURGICO (Tecnica Tradizionale) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza;
- ✓ PACCHETTO CHIRURGICO (Chirurgia Robotica - RAS) protesi totale anca (artroprotesi: anca totale - trattamento completo). Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza;
- ✓ PACCHETTO CHIRURGICO (Tecnica Tradizionale) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo) intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. Rimborso comprensivo di: équipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza;
- ✓ PACCHETTO CHIRURGICO (Chirurgia Robotica - RAS) revisione protesi totale anca (artroprotesi: revisione anca totale - trattamento completo)

intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento. Rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza;

- ✓ PACCHETTO CHIRURGICO (Tecnica Tradizionale) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza;
- ✓ PACCHETTO CHIRURGICO (Chirurgia Robotica - RAS) rimozione e riposizionamento protesi anca eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza.

È stata prevista, altresì, la modalità a Pacchetto anche per delle procedure Gastroenterologiche, per le quali rimane valido quanto riportato per i Pacchetti Chirurgici:

- ✓ PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA ENTRAMBE DIAGNOSTICHE (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA COMPRESE POLIPECTOMIE, INTRODUZIONE DI PROTESI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, ARGON LASER, ECC (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO PANCOLONSCOPIA OPERATIVA COMPRESE POLIPECTOMIE RETTO-COLICHE, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, EMOSTASI DI LESIONI NON VARICOSE (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA ENTRAMBE OPERATIVE (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA E PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)
- ✓ PACCHETTO PANCOLONSCOPIA OPERATIVA ED ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)

Si precisa, per i Piani Sanitari che prevedono il rimborso analitico, che le modalità a pacchetto sostituiscono integralmente le singole voci/codici analitici (ad eccezione per le procedure concomitanti). La documentazione da allegare alle richieste di rimborso per le procedure a Pacchetto (ove le prestazioni siano previste dai Piani Sanitari e Garanzie) è la medesima prevista per gli interventi chirurgici/procedure e/o per gli accertamenti previsti all'interno dei ricoveri e/o procedure ambulatoriali.

Prevenzione

Per i Piani Sanitari che li prevedono, il Fondo ha ampliato l'offerta dei Pacchetti Prevenzione.

L'iscritto/Assistito può liberamente scegliere 1 Pacchetto di Prevenzione l'anno, tra quelli di seguito indicati (se rientranti nel proprio Piano Sanitario), tenendo presente che, è rimborsabile 1 pacchetto di prevenzione l'anno (arco temporale 1 gennaio – 31 dicembre) con la particolarità che, il medesimo pacchetto non è rimborsabile prima di 2 anni, ad eccezione dei “Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna” che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni

I Pacchetti Prevenzione sono:

- ✓ Prevenzione Cardiovascolare Donna – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Cardiovascolare Uomo – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Oncologica Donna – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti (fino a 65 compiuti ripetibile 1 volta l'anno, successivamente ripetibile 1 volta ogni 2 anni).
- ✓ Prevenzione Oncologica Uomo – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti (fino a 65 compiuti ripetibile 1 volta l'anno, successivamente ripetibile 1 volta ogni 2 anni).
- ✓ Prevenzione Oculistica (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Cancro della Tiroide (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 40-anni compiuti
- ✓ Prevenzione Melanoma (Uomo/Donna) - uguale o maggiore di 40 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Sindrome Dismetabolica (Uomo/Donna) – età uguale o maggiore di 40 anni compiuti
- ✓ Prevenzione Cancro del Cavo Orale (solo in ambito odontoiatrico, in forma diretta – se previsto dal proprio Piano Sanitario) - età uguale o maggiore di 45 anni compiuti

Per il dettaglio degli esami previsti dai singoli pacchetti, si rimanda al proprio Piano Sanitario (se li prevede).

Prestazioni Altre

Ove previsto dal singolo Piano Sanitario, il FasiOpen riconosce una compartecipazione alla spesa per il “Trasporto in Autoambulanza”, limitatamente alla forma indiretta ed esclusivamente al territorio nazionale. Il Trasporto in Autoambulanza è riconosciuto solo in caso di gravi patologie per le quali, l'assistito/paziente risulti intrasportabile con mezzi propri, dal domicilio all'Istituto di Cure prescelto per il Ricovero e viceversa. Per ricovero si intende permanenza con degenza notturna in Casa di Cure o Ospedale. Quindi, fermo restando che l'unico mezzo riconosciuto è l'Autoambulanza, nulla è riconosciuto nel caso di trasporto per terapie continuative quali, ad esempio (ma non esaustivo),

Chemioterapia, Dialisi, Fisiokinesiterapia ecc.

Si precisa, altresì che il servizio riconosciuto non è riferibile al trasporto in urgenza ma, solo a ricoveri programmati.

Non è riconosciuta alcuna compartecipazione alla spesa, e quindi non applicabile al trasferimento da Casa di Cure o Ospedale verso altra Casa di Cure o Ospedale.

Prestazioni previste solo in Forma Indiretta

Il FasiOpen, limitatamente a specifici Piani Sanitari, ove e nei limiti singolarmente previsti da questi, riconosce il rimborso esclusivamente in forma indiretta per:

- ✓ Indennità per Ricovero Parto
- ✓ Indennità Sostitutiva per ricovero notturno conseguente ad Interventi Chirurgici (specificati dal proprio Piano Sanitario)

Si sottolinea che, tale rimborso, viene riconosciuto unicamente quando, il ricovero è stato eseguito con il S.S.N e non è richiesto e/o non è stato richiesto a FasiOpen, alcun rimborso in riferimento al ricovero notturno e/o a prestazioni riconducibili al ricovero per intervento chirurgico (diagnostica, visite specialistiche, terapie, accertamenti pre e post-intervento, trasporto in autoambulanza, ecc). Non è previsto il riconoscimento delle suddette voci di indennità/diaria nel caso di ricovero chirurgico non rientrante tra gli interventi specificati nella Garanzia 1 e/o 1.2 (se prevista) del proprio Piano Sanitario.

Ad ulteriore chiarimento, si ricorda che il rimborso dell'indennità (qualsiasi tipologia) viene riconosciuto solo per l'assistito soggetto a cure, ovvero solo ed esclusivamente per colui che riceve direttamente le cure/terapie, se rientrante nel nucleo familiare assistibile registrato presso l'anagrafica del Fondo all'atto dell'inizio del ricovero, indipendentemente dall'età del "paziente", ovvero, non è riconosciuta ulteriore indennità per l'eventuale familiare che si ricovera per assistenza al degente.

La richiesta di rimborso per il riconoscimento dell'indennità, laddove prevista dal Piano Sanitario e fermo restando i requisiti per il riconoscimento della richiesta, deve pervenire entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione. A tal proposito si ricorda che, è obbligatorio allegare alla domanda anche la copia della cartella clinica relativa all'intervento chirurgico con ricovero notturno.

Sempre in forma indiretta e sempre se previsto dal singolo Piano Sanitario, FasiOpen riconosce una compartecipazione alla spesa per:

Lenti e Occhiali

A tal proposito si ricorda che sono riconosciute esclusivamente Lenti o Occhiali atti alla correzione dei disturbi del visus o patologie oculari, dietro presentazione di prescrizione rilasciata dal medico – chirurgo specialista in oftalmologia, non più vecchia di 6 mesi dalla data di acquisto delle lenti stesse.

La richiesta di rimborso dovrà essere corredata, oltre che dalla documentazione di spesa fiscalmente valida (con dati dell'acquirente e dettaglio degli importi per singole voci/prestazioni), dalla certificazione di conformità secondo la normativa UE (2017/745 Regolamento Europeo – ex Direttiva 93/42/CEE).

Il rimborso di Lenti e Occhiali non potrà essere erogato prima di 12 mesi dalla precedente fatturazione a saldo e comunque solo a seguito di riscontro della modifica del visus.

Non è previsto alcun rimborso per montatura, occhiali e/o lenti a contatto per fini estetici, lenti a contatto mono uso (giornaliere), prodotti accessori per il mantenimento delle lenti e/o occhiali, lenti e occhiali prima dei termini di scadenza del rimborso oppure senza modifica del visus.

Esclusioni

Il Fondo non prevede il rimborso per:

Fatture di acconto se non accompagnate dalle relative fatture di saldo parziale/saldo; prestazioni/cure oltre i limiti previsti per le prestazioni (non sono previste deroghe); prestazioni/cure la cui documentazione di spesa (indipendentemente dall'entità della spesa) risulti presentata erroneamente e/o fuori termini di presentazione; prestazioni/cure/terapie/procedure diagnostiche e/o chirurgiche non presenti nel singolo Piano Sanitario; prestazioni/cure/terapie/procedure diagnostiche e/o chirurgiche al di fuori di quanto espressamente previsto dalle singole Garanzie (pur se genericamente previste dal Piano Sanitario); importi risultanti come eccedenze di prestazioni/cure eseguite in forma diretta; prestazioni/cure non rientranti nel Piano Sanitario/Garanzie del singolo iscritto pur se previste come rientranti nell'area di intervento del Fondo.

Non sono rimborsabili le visite: effettuate dal medico odontoiatra al di là di quanto e se previsto dall'apposita Garanzia Odontoiatria del piano sanitario; dallo specialista in igiene e medicina preventiva; la visita senologica; di medicina del lavoro; di medicina legale; visite radiologiche; di medicina nucleare; di medicina dello sport; di medicina aerospaziale; di farmacologia applicate; di idrologia medica; prestazioni e/o visite di medicina generale (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, medicinali e/o sostanze usate per gli esami allergologici, iniezioni sclerosanti); visite effettuate dallo psicologo; di dietologia e/o nutrizionista indipendentemente se eseguita da medico-chirurgo specializzato in Scienza dell'alimentazione; biologo; visite e/o prestazioni omeopatiche e/o di medicina alternativa e/o sperimentale; visite e/o prestazioni di osteopatia; di fisiokinesiterapia (diversa dalla visita fisiatrica).

Non sono altresì rimborsabili le visite medico chirurgiche finalizzate all'estetica della persona (e/o a queste riconducibili) indipendentemente se eseguiti da chirurghi plastici ricostruttivi; atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti diagnostici connessi a infertilità e/o sterilità maschile o femminile e terapie, atti chirurgici e/o cure/terapie per l'impotenza maschile e frigidity femminile e/o a tutti questi riconducibili; prestazioni/cure/terapie/procedure e tutti gli atti finalizzati alla fecondazione assistita e/o a queste riconducibili; emodialisi; esami termografici; prestazioni di medicina del lavoro e/o a queste riconducibili; check-up indipendentemente dalla tipologia e/o motivazione; qualsiasi tipo di cure e/o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura; qualsiasi altro trattamento laser in oculistica oltre quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "trattamenti laser"; visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva ecc); diritti di segreteria, amministrativi, imposte di bollo, spese di magazzino dei medicinali, rilascio copia cartella clinica, rilascio copie radiografiche (qualsiasi tipo, su qualsiasi supporto), copie referti; spese di viaggio e spese per accompagnatore ove non comprese nella retta di degenza; per medicinali, ad eccezione di quelli somministrati durante il ricovero in Istituto di Cura ed esposti nella relativa fattura; ricoveri in case di riposo private per anziani autosufficienti; ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture di lungodegenza; terapie mediche svolte in Day Hospital ed ambulatorialmente ad

eccezione di terapie oncologiche (chemioterapia, radioterapia, terapia del dolore); ricoveri in Case di Cure dedicate al benessere della persona; plantari; presidi e protesi oltre quanto esplicitamente previsto dalle singole Garanzie e limitatamente ai Grandi Interventi.

Non sono rimborsabili le consulenze/visite effettuate da soggetti diversi dal laureato in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici (riportante anche la/le specializzazione/i del professionista).

Sono inoltre escluse cure/prestazioni/terapie/procedure diagnostiche e/o chirurgiche per: l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'adesione a FasiOpen salvo quanto previsto dalla Garanzia "Protezione neonati"; la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, le visite dallo psichiatra; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; conseguenze dirette e/o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione e/o sovraesposizione a radiazioni ionizzanti salvo quanto esposto per la Radioterapia; conseguenze di Guerra, insurrezioni, manifestazioni politiche, calcistiche, sportive, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, pandemie, epidemie, maremoti, tempeste elettriche, alluvioni e/o a tutti questi riconducibili; infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport estremo o esercitato professionalmente e/o a tutti questi riconducibili; infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove e/o allenamenti; infortuni derivanti da pratiche speleologiche; protesi dentarie fisse, protesi dentarie mobile, impianti, chirurgia odontoiatrica (qualsiasi tipologia), chirurgia maxillo facciale, trattamenti ortodontici, conservative, endodontici, gnatologici, radiologia odontoiatrica, trattamenti pedodontici oltre quanto esplicitamente previsto e/o se non esplicitamente previsto e regolamentato da apposite garanzia all'interno del Piano Sanitario.



Nomenclatore Base FasiOpen

SEZIONE B. VISITE SPECIALISTICHE

Sono rimborsabili solo le visite specialistiche a scopo diagnostico, con l'esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico (visite di controllo/successive). I compensi relativi alle visite specialistiche dell'intera équipe medica-chirurgica-anestesiologica curante, eseguite in regime di ricovero con degenza notturna o diurna (day hospital-day surgery) con o senza intervento chirurgico, sono compresi in quanto riconosciuti per ogni singolo intervento od assistenza medica. LE VISITE SPECIALISTICHE RICHIESTE DURANTE IL RICOVERO NOTTURNO, SARANNO RICONOSCIUTE ESCLUSIVAMENTE SE ESEGUITE DA PROFESSIONISTA CON DIVERSA SPECIALIZZAZIONE RISPETTO ALLA SPECIALIZZAZIONE PER CUI È STATO RICHIESTO IL RICOVERO STESSO dovranno risultare in cartella clinica riportante il QUESITO DIAGNOSTICO DELLA PRIMARIA EQUIPE E RELAZIONE DELLA NUOVA CONSULENZA INTERPELLATA. Anche in questo caso, è riconosciuta solo ed esclusivamente la visita specialistica a scopo diagnostico. Non sono rimborsabili le visite: effettuate dal medico odontoiatra al di là di quanto e se previsto dall'apposita Garanzia Odontoiatria del piano sanitario, dallo specialista in igiene e medicina preventiva, la visita senologica, di medicina del lavoro, di medicina legale, visite radiologiche, di medicina nucleare, di medicina dello sport, di medicina aerospaziale, di idrologia medica e quelle effettuate dallo psicologo, di dietologia indipendentemente se eseguita da medico-chirurgo specializzato in Scienza dell'alimentazione; biologo. Non sono altresì rimborsabili le visite medico chirurgiche finalizzate all'estetica della persona (e/o a queste riconducibili) e quant'altro specificato nel paragrafo "Esclusioni" riportato nella Guida e nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen" (all'interno dei singoli piani sanitari). Non sono rimborsabili le consulenze/visite effettuate da soggetti diversi dal laureato in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici (riportante anche la/le specializzazione/i del professionista). Sono invece, rimborsabili laddove previsto dal singolo Piano Sanitario, le Sedute di Psicoterapia/Supporto Psicologico (non assimilabile a visite specialistiche) nei limiti specificati dalla Garanzia che le include, unicamente se effettuate dai professionisti specificate nella voce stessa.

10017	1	VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE O DOMICILIARE O CONSULTO ESEGUITO IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO DA MEDICO SPECIALISTA NON APPARTENENTE ALL'ÉQUIPE MEDICO CHIRURGICA-ANESTESIOLOGICA CURANTE.	
78024	6625	SEDUTE DI PSICOTERAPIA (SE EFFETTUATE DA MEDICO SPECIALIZZATO IN PSICHIATRIA O PSICOLOGIA CLINICA O SE EFFETTUATE DA PSICOLOGI O PSICOTERAPEUTA REGOLARMENTE ISCRITTO ALL'ORDINE.	

SEZIONE C. DEGENZE E PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

Premesse di branca		Limiti	
<p>Qualora il Piano Sanitario preveda un rimborso analitico delle prestazioni/voci, si precisa che: tutte le rette di degenza concorrono al calcolo del limite massimo di 90 giorni riconosciuti. La retta di degenza in reparto di rianimazione/ terapia intensiva o unità coronarica si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, anche dell'assistenza medico- infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali, così come per la terapia subintensiva. La retta giornaliera in regime di ricovero diurno (day hospital) è limitato alle cure oncologiche, terapia del dolore e chemioterapia mentre il day surgery è limitato ad interventi chirurgici. È quindi tassativamente escluso nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici e/o per altri motivi. Si ricorda che non è previsto il riconoscimento del regime di day hospital per la consegna di medicinali/farmaci chemioterapici e per le procedure a Pacchetto (Pacchetto Cataratta e procedure Gastroenterologiche). Si ricorda che, alcune procedure sono fruibili in regime ambulatoriale, pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi tipologia) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Quindi in questi casi per il riconoscimento del ricovero (qualora la prestazione rientri nella copertura/garanzia), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.</p>			
30031	2	RETTA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO IN CAMERA CON LETTO SINGOLO E SECONDO LETTO O DIVANO LETTO PER ACCOMPAGNATORE – A NOTTE.	
30049	3	USO GIORNALIERO DEL LETTO O DIVANO LETTO PER L'ACCOMPAGNATORE	

30098	4	RETTA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ADOTTATA PER LA DIFFERENZA DI CLASSE (COMFORT ALBERGHIERO) AD INTEGRAZIONE DEL S.S.N. PER CAMERA SINGOLA CON LETTO O DIVANO LETTO PER ACCOMPAGNATORE – USO DEL LETTO ACCOMPAGNATORE COMPRESO NELLA TARIFFA ESPOSTA – A NOTTE	
30072	5	RETTA GIORNALIERA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY HOSPITAL) PER CHEMIOTERAPIA, CURE ONCOLOGICHE E TERAPIA DEL DOLORE O (DAY-SURGERY) PER INTERVENTI CHIRURGICI (CON DEGENZA NON INFERIORE ALLE 4 ORE).	
30106	7	RETTA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO PER USO DELLA STANZA ATTREZZATA PER TERAPIE RADIOMETABOLICHE – A NOTTE – ESCLUSO QUANTO ESPOSTO NELLA SOTTOSEZIONE: TERAPIE CON RADIONUCLIDI. SONO ESCLUSI: MATERIALI – MEDICINALI – ESAMI DIAGNOSTICI. È SOSTITUTIVA DELLA NORMALE RETTA DI DEGENZA.	
30056	8	RETTA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA/RIANIMAZIONE/UNITÀ CORONARICA/SALA ASETTICA PER TRAPIANTI (COMPENSIVA DELL'ASSISTENZA 24 H ÉQUIPE MEDICO/INFERMIERISTICA CON PAZIENTE SOLITAMENTE INTUBATO) – A NOTTE – LA RETTA È OMNICOMPENSIVA AD ECCEZIONE DEI MATERIALI, MEDICINALI ED ESAMI DIAGNOSTICI. È SOSTITUTIVA DELLA NORMALE RETTA DI DEGENZA.	
30114	9	RETTA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTO DI TERAPIA SUBINTENSIVA – A NOTTE (COMPENSIVA DI ASSISTENZA PARAMEDICA 24 H, MONITORAGGIO 24 H/TELEMETRIA, ASSISTENZA NON CONTINUATIVA DELL'ÉQUIPE MEDICA CON PAZIENTE NON INTUBATO). LA RETTA È OMNICOMPENSIVA AD ECCEZIONE DEI MATERIALI, MEDICINALI ED ESAMI DIAGNOSTICI. È SOSTITUTIVA DELLA NORMALE RETTA DI DEGENZA.	
RIANIMAZIONE: PRESTAZIONI PROFESSIONALI DI TIPO RIANIMATIVO			
30007	10	ASSISTENZA MECCANICA DEL CIRCOLO (COME UNICA PRESTAZIONE)	
40089	11	DEFIBRILLAZIONE ELETTRICA ESTERNA (COME UNICA PRESTAZIONE)	
40097	12	DEFIBRILLAZIONE ELETTRICA INTERNA (COME UNICA PRESTAZIONE)	
30028	13	ESPIANTO DI CVC (COME UNICA PRESTAZIONE)	
30018	14	ESPIANTO DI SISTEMI VENOSI IMPIANTABILI TIPO PORT-A-CATH, GROSHONG ED ALTRI SIMILI (COME UNICA PRESTAZIONE)	
30023	15	IMPIANTO DI CVC (COME UNICA PRESTAZIONE)	
30015	16	IMPIANTO DI SISTEMI VENOSI TIPO PORT-A-CATH, GROSHONG ED ALTRI SIMILI (COME UNICA PRESTAZIONE) CON EVENTUALE GUIDA ECOGRAFICA	
31021	17	IPOTERMIA (COME UNICA PRESTAZIONE)	

SEZIONE D. MATERIALI E MEDICINALI

Sono riconosciuti, nella misura prevista dai singoli Piani Sanitari, tutti i materiali ed i medicinali, utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) in Struttura Sanitaria regolarmente esposti in fattura (fatta eccezione per materiali e medicinali utilizzati nel corso degli interventi di natura odontoiatrica i cui costi sono già inclusi in quanto erogabile per le prestazioni). Per gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale (ove e se previsti nel Piano Sanitario) materiali, medicinali e strumenti sono compresi nelle tariffe delle sale. Per le Procedure/interventi chirurgici a Pacchetto, materiali e medicinali sono già compresi nella misura massima riconoscibile dal Fondo (per i Piani Sanitari con rimborso analitico). Si ricorda che non è possibile assimilare ai materiali, voci riconducibili a presidi e protesi.

60020	18	MATERIALI USATI IN SALA OPERATORIA ED IN REPARTO IN CORSO DI RICOVERO CON DEGENZA NOTTURNA O DIURNA	
60012	19	MEDICINALI USATI IN SALA OPERATORIA ED IN REPARTO IN CORSO DI RICOVERO CON DEGENZA NOTTURNA O DIURNA	

SEZIONE E. PRESIDI E PROTESI

Per i Piani Sanitari a Garanzia le prestazioni sono riconosciute solo in ambito di ricovero per Grande Intervento Chirurgico. Per i Piani Sanitari con rimborso analitico, le prestazioni sono riconosciute esclusivamente se prescritti da medico specialista in materia oppure se utilizzati durante un ricovero con degenza diurna o notturna, inequivocabilmente descritti in cartella clinica e regolarmente esposti nella documentazione di spesa; per le procedure a pacchetto, le protesi risultano regolarmente computate all'interno dello stesso nella misura massima riconoscibile dal Fondo. Non è previsto il rimborso di ulteriori tipologie di protesi o presidi oltre quanto esplicitamente riportato nella sezione. Ai fini del rimborso il Fondo si riserva di richiedere la certificazione di conformità secondo quanto disciplinato dalla normativa UE 2017/745.

85159	20	APPARECCHIO LARINGOFONO	
85027	21	CORSETTO ORTOPEDICO	
85019	22	CORSETTO ORTOPEDICO PER SCOLIOSI	
85209	23	DEFIBRILLATORE CARDIACO	
85191	24	INFUSORE CONTINUO DI FARMACI ANTI BLASTICI	
85118	25	PACE MAKER COMPLETO DI ACCESSORI	
85134	26	PROTESI ACUSTICA MONOLATERALE (DESTRA O SINISTRA) PER IPOACUSIA	Rimborsabile 1 volta per parte corpo ogni 3 anni (rif. fattura). Non sovrapponibile (contestualmente e/o nell'anno e/o nel triennio) alla protesi acustica bilaterale
85217	27	PROTESI ACUSTICA BILATERALE	Rimborsabile 1 volta per parte corpo ogni 3 anni (rif. fattura). Non sovrapponibile (contestualmente e/o nell'anno e/o nel triennio) alla protesi acustica monolaterale
85092	28	PROTESI ARTICOLARE	
85035	29	PROTESI ARTO INFERIORE	
85043	30	PROTESI ARTO SUPERIORE	
85167	31	PROTESI DEL CRISTALLINO	
85100	32	PROTESI MAMMARIA (CIASCUNA)	
85142	33	PROTESI OCULARE (OCCHIO FINTO)	
85183	34	PROTESI TESTICOLARE	
85175	35	PROTESI VASCOLARE	

85506	36	STENT VASCOLARI	
85514	37	STENT, ALTRI TIPI DI	
85050	38	TUTORE DI FUNZIONE ARTO INFERIORE	
85068	39	TUTORE DI FUNZIONE ARTO SUPERIORE	
85076	40	TUTORE DI FUNZIONE: TRONCO	
85084	41	TUTORE DI RIPOSO O DI POSIZIONE	
85126	42	VALVOLA CARDIACA	

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

AFERESI TERAPEUTICA

Le prestazioni si intendono eseguite con qualsiasi tecnica, apparecchiatura e/o strumentazione.

56812	43	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	
56820	44	ERITROCITOAFERESI TERAPEUTICA	
56838	45	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	
56846	46	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	
56854	47	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	

PRESTAZIONI PROFESSIONALI

I compensi si intendono per seduta per intera equipe. Le prestazioni si intendono eseguite con qualsiasi tecnica, apparecchiatura e/o strumentazione.

50187	48	PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER RECUPERO SANGUE INTRAOPERATORIO	
50005	49	PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER TRASFUSIONI	
59006	50	SANGUE, EMODERIVATI SECONDO LE NORMATIVE VIGENTI	

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

La sala ambulatoriale si intende comprensiva dei medicinali, materiali e di qualsiasi strumentazione e/o apparecchiature, salvo quanto già compreso dalle singole procedure. Per le prestazioni eseguite in sala ambulatoriale è necessario l'inoltro del verbale della procedura redatta dal medico specialista (con specifica della procedura chirurgica e diagnosi). Si precisa che la sala ambulatoriale, risulta già computata all'interno delle procedure a Pacchetto. Non è previsto, per alcun Piano Sanitario, il riconoscimento della sala ambulatoriali per prestazioni di natura odontoiatrica (anche se eseguite in regime di ricovero qualsiasi).

56069	51	USO SALA AMBULATORIALE DEDICATA PER PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI/ ENDOSCOPIE (COMPRESI MATERIALI E MEDICINALI DI USO COMUNE ED EVENTUALE USO DI ANESTETICI LOCALI/SEDAZIONE PROFONDA), SE ESEGUITI IN OSPEDALI, CASE DI CURA, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY	
50195	52	USO SALA GESSI	
50203	53	USO SALA PARTO IN CASO DI PARTO NATURALE	

USO SALA OPERATORIA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO PER INTERVENTI CHIRURGICI ED ATTI INVASIVI ESEGUITI IN ANESTESIA GENERALE, PERIFERICA SPINALE (SUBDURALE O PERIDURALE) O PLESSICA, TRONCULARE, PER INFILTRAZIONE, COMPRESO L'USO DI QUALSIASI APPARECCHIATURA NON SPECIFICATAMENTE DESCRITTA, SE EFFETTUATI IN OSPEDALI, CASE DI CURA, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY. SONO ESCLUSI DALLE TARIFFE ESPOSTE I COSTI PER MATERIALI E MEDICINALI

Per i Piani Sanitari con rimborso analitico e per le prestazioni fruite in forma diretta, l'identificazione del codice della sala operatoria è determinata dall'importo o somma di importi di rimborso previsto per l'intervento/i eseguiti nella medesima seduta operatoria. Ad identificazione avvenuta, l'importo sarà riconosciuto sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e/o di quanto previsto dal Piano Sanitario. Pertanto, nel caso di rimborso analitico, il rimborso massimo previsto per la sala operatoria è quello relativo al codice individuato e viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso. La tariffa per la sala operatoria (regime di ricovero notturno/diurno) comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura utilizzata, salvo quanto compreso nelle singole procedure e salvo quanto specificatamente descritto. La sala operatoria risulta già computata all'interno dei Pacchetti Chirurgici. Il rimborso della sala operatoria in regime di ricovero (notturno o diurno) non è riconosciuto nel caso di procedure diagnostiche e/o atti mininvasivi. Si precisa che il rimborso dell'uso della sala operatoria in ricovero (notturno o diurno) è correlato alla richiesta di un atto chirurgico, pertanto l'eventuale richiesta di rimborso del solo uso della sala, sarà soggetto ad insindacabile valutazione da parte del Fondo. Si invita pertanto, in tali casi, a fornire relazione e documentazione affinché il Fondo abbia tutti gli strumenti per la predetta valutazione.

59915	54	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO FINO A 550 EURO	
59923	55	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 551 EURO A 1.050 EURO	
59931	56	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 1.051 EURO A 1.550 EURO	
59956	57	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 1.551 EURO A 2.070 EURO	
59964	58	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 2.071 EURO A 2.590 EURO	
59949	59	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 2.591 EURO A 3.620 EURO	
59972	60	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 3.621 EURO A 4.650 EURO	
59980	61	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO OLTRE 4.650 EURO	
59998	62	USO SALA OPERATORIA PER ESAMI/ATTI INVASIVI (EMODINAMICA – ANGIOGRAFICA – RADIOLOGICA INTERVENTISTICA – CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA) CHE NE RICHIEDANO L'USO. LA TARIFFA È SOSTITUTIVA E NON SI SOMMA AI NORMALI RIFERIMENTI TARIFFARI PER L'USO DELLA SALA OPERATORIA.	

43885	63	USO SALA OPERATORIA PER INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA IN C.E.C. (COMPRESO USO APPARECCHIATURE SPECIALI). LA TARIFFA È SOSTITUTIVA E NON SI SOMMA AGLI ALTRI RIFERIMENTI TARIFFARI PER L'USO DELLA SALA OPERATORIA.	
USO SALA OPERATORIA IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY) PER INTERVENTI CHIRURGICI OD ATTI INVASIVI ESEGUITI IN ANESTESIA GENERALE, PERIFERICA SPINALE (SUBDURALE O PERIDURALE) O PLESSICA, TRONCULARE, PER INFILTRAZIONE, SALVO DIVERSA DESCRIZIONE, SE EFFETTUATI IN OSPEDALI, CASE DI CURA, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY. SONO ESCLUSI DALLE TARIFFE PREVISTE DAI SINGOLI PIANI SANITARI, I COSTI PER MATERIALI E MEDICINALI			
Non è previsto il riconoscimento della sala operatoria in regime di Day Surgery in assenza dello stesso. Si specifica che alcune procedure sono eseguibili ambulatorialmente, pertanto l'eventuale riconoscimento del regime di Day Surgery con la relativa sala operatoria sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati come riportato nelle Premesse della presente Guida.			
59816	64	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO FINO A 550 EURO	
59824	65	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 551 EURO A 1.050 EURO	
59832	66	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 1.051 EURO A 1.550 EURO	
59840	67	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO DA 1.551 EURO A 2.070 EURO	
59857	68	USO SALA OPERATORIA CON TARIFFA DI RIFERIMENTO DELL'INTERVENTO OLTRE 2.071 EURO	
USO STRUMENTI AD ALTO COSTO DELLA STRUTTURA SANITARIA			
Il rimborso previsto per gli strumenti ad alto costo è da considerare comprensivo di quanto necessario per l'esecuzione della procedura (materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura). L'uso del litotritore, delle apparecchiature ad onde d'urto, del facoemulsificatore, delle apparecchiature endoscopiche sono compresi nelle tariffe delle relative procedure.			
59717	69	USO AMPLIFICATORE DI BRILLANZA IN SALA OPERATORIA	
59725	70	USO APPARECCHIATURE SPECIALI PER TRASFUSIONI IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO	
50500	71	USO ARTROSCOPIO	
59733	72	USO ISTEROSCOPIO	
59741	73	USO LAPAROSCOPIO	
59758	74	USO POMPA ELETTRONICA PORTATILE PER INFUSIONE CONTINUA O CIRCADIANA PER MONO - POLICHEMIOTERAPIA (AL GIORNO)	

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

Le tariffe previste dai singoli Piani Sanitari sono comprensive delle prestazioni professionali rese dalla intera équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna. L'assistenza in degenza non è assimilabile alla visita specialistica, non si somma a quest'ultima, e non è rimborsabile nel caso di ricoveri per interventi chirurgici. Non sono previste altre possibilità. E' escluso il rimborso per l'assistenza in degenza nei casi di ricovero con degenza diurna (day hospital) per qualsiasi tipo di patologia, salvo le prestazioni per chemioterapia oncologica e terapia del dolore, come esposto nella sezione I Oncologia Medica. Per Assistenza Infermieristica in corso di ricovero notturno si intende, l'assistenza privata e ad personam prestata da personale infermieristico oltre quanto regolarmente già erogato dalla Struttura Sanitaria nell'ambito dell'assistenza infermieristica di reparto (attività extraospedaliera). Per il rimborso dovrà essere rilevabile che, la predetta Assistenza infermieristica non sia sovrapponibile ad altra attività ospedaliera e, che sia inequivocabilmente riservata al singolo iscritto/assistito. L'eventuale rimborso, se previsto dal Piano Sanitario, si intende giornaliero (24h) per un numero minimo di 6 ore di assistenza (indipendentemente se diurne o notturne).

10066	75	ASSISTENZA ÉQUIPE MEDICA DURANTE UN RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO CON DEGENZA NOTTURNA: DALLA PRIMA ALLA DECIMA GIORNATA	
-------	----	---	--

10082	77	ASSISTENZA ÉQUIPE MEDICA DURANTE UN RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO CON DEGENZA NOTTURNA: OLTRE LA DECIMA GIORNATA	
7000	7000	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN CORSO DI RICOVERO (PRIVATA - EXTRA ATTIVITÀ OSPEDALIERA)	

SEZIONE I. ONCOLOGIA MEDICA – CHEMIOTERAPIA

Per assistenza specialistica oncologica deve intendersi quella prestata dallo specialista durante le sedute di chemioterapia infusionale ambulatoriale, domiciliare, in day hospital, in ricovero notturno, oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno senza chemioterapia. L'assistenza specialistica oncologica non è assimilabile alla visita specialistica, non si somma a quest'ultima, e non è riconosciuta nel caso di sola consegna dei farmaci chemioterapici per terapia domiciliare. Le tariffe previste dai singoli Piani Sanitari sono comprensive delle prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica-oncologica. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/ strumentazione, salvo i casi descritti.

31083	78	ESPIANTO DI CVC (COME UNICA PRESTAZIONE)	
10128	79	ESPIANTO DI SISTEMI VENOSI IMPIANTABILI TIPO PORT-A-CATH, GROSHONG ED ALTRI SIMILI (COME UNICA PRESTAZIONE)	
31098	80	IMPIANTO DI CVC (COME UNICA PRESTAZIONE)	
10124	81	IMPIANTO DI SISTEMI VENOSI TIPO PORT-A-CATH, GROSHONG ED ALTRI SIMILI (COME UNICA PRESTAZIONE) CON EVENTUALE GUIDA ECOGRAFICA	
10058	82	PRESTAZIONI ÉQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL (DEGENZA DIURNA) O AMBULATORIALE O DOMICILIARE PER MONOPOLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E/O IPERTERMIA, CON INFUSIONE CONTINUA O CIRCADIANA A MEZZO DI POMPE ELETTRONICHE PROGRAMMABILI PORTATILI ED EVENTUALE RICARICA DEI FARMACI E CONTROLLI CLINICI O PER TERAPIE ANTINEOPLASTICHE OPPURE CHEMIOTERAPIA CON INFUSIONE RAPIDA O PROLUNGATA DEI FARMACI: A SEDUTA	
10090	83	PRESTAZIONI ÉQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO CON DEGENZA NOTTURNA PER MONOPOLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA, CON TERAPIA PERFUSIONALE: A GIORNATA	
10116	85	PRESTAZIONI ÉQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO CON DEGENZA NOTTURNA PER INFUSIONE DI FARMACI IN CAVITÀ NATURALI CON O SENZA EVACUAZIONE DI LIQUIDI BIOLOGICI/PATOLOGICI O TERAPIA ENDOVESICALE CON CATETERISMO, COMPRENSIVA DI QUALSIASI ATTO MEDICO: UNICA SEDUTA	
10262	86	PRESTAZIONI ÉQUIPE MEDICA ONCOLOGICA DURANTE UN RICOVERO SENZA CHEMIOTERAPIA CON DEGENZA NOTTURNA: DALLA PRIMA ALLA DECIMA GIORNATA	
10284	88	PRESTAZIONI ÉQUIPE MEDICA ONCOLOGICA DURANTE UN RICOVERO SENZA CHEMIOTERAPIA CON DEGENZA NOTTURNA: OLTRE LA DECIMA GIORNATA	

SEZIONE L. MEDICINA IPERBARICA

La voce esposta, ove compresa nei Piani Sanitari, deve intendersi come onnicomprensiva dell'assistenza medico – chirurgica, infermieristica e/o tecnica ed è riconoscibile, dietro presentazione della prescrizione medica con diagnosi che riporti la patologia certa che ha reso necessaria la cura. Le sedute non sono riconosciute in caso di terapie sperimentali, patologie del cavo orale limitatamente a quelle odontoiatriche ovvero, sono riconosciute solo nell'ambito di intervento delle Garanzie che la prevede.

80176	89	MEDICINA IPERBARICA - COSTO PER SEDUTA SINGOLA O COLLETTIVA PER QUALSIASI PATOLOGIA (QUALSIASI DURATA DI TEMPO) COMPRENSIVA DELL'ASSISTENZA TECNICA, MEDICO-CHIRURGICA ED INFERMIERISTICA.	Le sedute non sono riconosciute in caso di terapie sperimentali, patologie del cavo orale limitatamente a quelle odontoiatriche ovvero, sono riconosciute solo nell'ambito di intervento delle singole Aree che la prevede.
-------	----	--	---

SEZIONE M. LITOTRIPSIA***Litotripsia Rene***

49478	90	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLOSI RENALE MONOLATERALE - TRATTAMENTO COMPLETO - COMPRESO EVENTUALE PUSH-UP	
55731	91	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLOSI RENALE BILATERALE - TRATTAMENTO COMPLETO - COMPRESO EVENTUALE PUSH-UP	
55749	92	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLOSI RENALE E URETERALE MONOLATERALE - TRATTAMENTO COMPLETO - COMPRESO EVENTUALE PUSH-UP	
55756	93	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLOSI RENALE E URETERALE BILATERALE - TRATTAMENTO COMPLETO - COMPRESO EVENTUALE PUSH-UP	

Litotripsia Uretere

55798	94	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLOSI URETERALE MONOLATERALE (TRATTAMENTO COMPLETO)	
55806	95	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLOSI URETERALE BILATERALE (TRATTAMENTO COMPLETO)	

Litotripsia Fegato e Vie Biliari

42606	96	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PER CALCOLI DELLE VIE BILIARI PRINCIPALE ED ACCESSORIA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
-------	----	---	--

SEZIONE N. TERAPIE

Radioterapia

Le tariffe previste si intendono per i Piani Sanitari con rimborso analitico (se previsti dalle Garanzie) per seduta, indipendentemente se eseguite ambulatorialmente o in ricovero (diurno o notturno). Comprendono:

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

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

85530	99	ADROTERAPIA (A SEDUTA)	
80580	100	BETATERAPIA SUPERFICIALE CON RADIOISOTOPI ARTIFICIALI (PER SEDUTA)	
59022	101	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE DI SEMI RADIOATTIVI NELLA PROSTATA (COMPRESO COSTO DEI SEMI)	
80952	102	BRACHITERAPIA (COURIETERAPIA) INTERSTIZIALE OD ENDOCAVITARIA O CORONARICA (PRIMA SEDUTA)	
80572	103	BRACHITERAPIA (COURIETERAPIA) INTERSTIZIALE OD ENDOCAVITARIA O CORONARICA (SEDUTE SUCCESSIVE)	
80945	104	BRACHITERAPIA (COURIETERAPIA) SUPERFICIALE (APPARECCHI MODELLATI)	
85568	105	CONTORNAZIONE DEL TARGET E DEGLI ORGANI CRITICI PER PIANI 3D, VALUTAZIONE RADIOTERAPICA DEI PIANI 3 D E VALIDAZIONE (INTERO TRATTAMENTO)	
85576	106	CONTORNAZIONE DEL TARGET E DEGLI ORGANI CRITICI PER PIANI IMRT, VALUTAZIONE RADIOTERAPICA DEI PIANI IMRT E VALIDAZIONE (INTERO TRATTAMENTO)	
85584	107	FILM DI VERIFICA IN CORSO DI TRATTAMENTO (MASSIMO UNO A SETTIMANA)	
85592	108	IMMOBILIZZAZIONE CON CASCO STEREOTASSICO (COMPRESO ANESTESISTA)	
80960	109	IPERtermia ASSOCIATA ALLA RADIOTERAPIA (PER SEDUTA)	
80978	110	IRRADIAZIONE INTRAOPERATORIA (IORT)	
80531	111	PLESIOROENTGENTERAPIA (PER SEDUTA)	
85600	112	POSIZIONAMENTO DI PLACCHE PER LA RADIOTERAPIA DEL MELANOMA COROIDALE COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO OCULISTA	
85618	113	RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE DINAMICA CON COLLIMATORE MICRO-MULTI-LEAF (PER SEDUTA)	
81026	114	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI (TRATTAMENTO GLOBALE): IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEBI)	
81018	115	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI (TRATTAMENTO GLOBALE): IRRADIAZIONE EMICORPOREA (HBI)	
80994	116	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI (TRATTAMENTO GLOBALE): PANIRRADIAZIONE (TBI) PRIMA O UNICA SEDUTA	
81000	117	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI (TRATTAMENTO GLOBALE): PANIRRADIAZIONE (TBI) FRAZIONATA, OGNI SEDUTA SUCCESSIVA	
85626	118	RADIOTERAPIA IMRT (PER SEDUTA)	
80986	119	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA (TRATTAMENTO GLOBALE, ANCHE CYBER KNIFE)	
85634	120	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PLURIFRAZIONATA: PRIMA FRAZIONE (ANCHE CYBER KNIFE)	

85642	121	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PLURIFRAZIONATA: FRAZIONI SUCCESSIVE (ANCHE CYBER KNIFE)	
80515	122	ROENTGENTERAPIA SUPERFICIALE NON ONCOLOGICA (PER SEDUTA)	
81463	123	SCHERMATURA, MODIFICATORI DEL FASCIO, SISTEMI DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATI (UNICA PRESTAZIONE)	Rimborsabile 1 volta per pratica
85650	124	SIMULAZIONE CON FUSIONE DI IMMAGINI TC E RMN	
81059	125	SIMULAZIONE DEL TRATTAMENTO: MEDIANTE RM	
81042	126	SIMULAZIONE DEL TRATTAMENTO: MEDIANTE TAC	
81034	127	SIMULAZIONE DEL TRATTAMENTO: RADIOLOGIA TRADIZIONALE	
81067	128	SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON ANGIOGRAFIA	
81075	129	SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON TAC	
85668	130	SISTEMA IMMOBILIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA 3D E DINAMICA	Rimborsabile 1 volta per pratica
81471	131	STUDIO DOSIMETRICO	
80556	132	TELECOBALTOTERAPIA CINETICA (PER SEDUTA)	
80549	133	TELECOBALTOTERAPIA OD ALTRE SORGENTI GAMMA - STATICA (PER SEDUTA)	
80606	134	TERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE FOTONI OD ELETTRONI (PER SEDUTA)	
81489	135	TERAPIA CONFORMAZIONALE PER LA PROSTATA OD ALTRI ORGANI, OVE NECESSARIA (PER SEDUTA)	
85676	136	TOMOTERAPIA PET (PER SEDUTA)	
81551	137	TRATTAMENTO DI TERMOFREQUENZA MIRATO (PER SEDUTA)	

Terapia Antalgica

Le voci sono comprensive dell'assistenza dell'équipe medica (non assimilabile alla visita specialistica) durante la fase di ricovero. Le prestazioni sono rimborsabili solamente se previste dai singoli Piani Sanitari, alle condizioni previste dalle singole Garanzie solo se eseguite in regime di ricovero diurno o notturno o ambulatoriale. La necessità di effettuare le prestazioni sotto indicate deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in Anestesia e Rianimazione (Terapia intensiva e del Dolore) o dallo specialista in Neurochirurgia. Non sono previste altre possibilità. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/ strumentazione, salvo i casi descritti.

85850	1473	ALCOLIZZAZIONE DEL NERVO LARINGEO SUPERIORE	Rimborsabile 1 volta nella vita
81083	138	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: ANALGESIA EPIDURALE SACRALE CONTINUA (PER IL PRIMO GIORNO DI TRATTAMENTO)	
81091	139	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: ANALGESIA EPIDURALE SACRALE CONTINUA (PER OGNI GIORNO SUCCESSIVO)	
81109	140	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: ANALGESIA PERIDURALE CONTINUA (PER IL PRIMO GIORNO DI TRATTAMENTO)	
81117	141	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: ANALGESIA PERIDURALE CONTINUA (PER OGNI GIORNO SUCCESSIVO)	
45112	142	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: BRANCHE TRIGEMINALI	
81125	143	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: GANGLIO DI GASSER, GANGLIO DEL SIMPATICO LOMBAR, GANGLIO CELIACO	
81133	144	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: GANGLIO SFENOPALATINO, GANGLIO STELLATO	

45104	145	BLOCCHI ANALGESICI DI NERVI PERIFERICI: NERVI CERVICALI	
81141	146	BLOCCHI ANALGESICI DI NERVI PERIFERICI: NERVI CRANICI	
81158	147	BLOCCHI ANALGESICI DI NERVI PERIFERICI: NERVI DEL SIMPATICO LOMBARE	
45138	148	BLOCCHI ANALGESICI E DI NERVI PERIFERICI: NERVI INTERCOSTALI	
81166	149	BLOCCHI ANALGESICI DI NERVI PERIFERICI: NERVI SPINALI DORSALI	
81174	150	BLOCCHI ANALGESICI DI NERVI PERIFERICI: NERVO OTTURATORIO	
81182	151	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): BLOCCO SUBARACNOIDEO	
81190	152	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): BLOCCO TRANS-SACRALE	
81208	153	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): DENERVAZIONE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI	
81216	154	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): GANGLIO DI GASSER	
81224	155	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): IMPIANTO ELETTRODI MIDOLLARI PER ELETTROSTIMOLAZIONE	
81232	156	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): IMPIANTO ELETTRODI PER ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA IN SPAZIO PERIDURALE	
81240	157	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): INFILTRAZIONE ANESTETICA FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI	
81257	158	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): NERVI CERVICALI	
81265	159	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): NERVI CRANICI	
81273	160	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): PLESSO CELIACO	
81281	161	BLOCCHI NERVOSI PROLUNGATI (NEUROLISI): SIMPATICO CERVICALE O LOMBARE	
45120	162	BLOCCO DELL'IPOFISI	
85684	163	CATERISMO PLESSICO PER BLOCCO CONTINUO	
59030	164	IMPIANTO DI ELETTROSTIMOLATORE MIDOLLARE, INTERVENTO DI	
85692	165	LISI PERIDURALE (PERIDUROLISI CON CATERERE DI RACZ)	
85700	166	POSIZIONAMENTO DI DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPIANTABILE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INTRATECALE/SUBARACNOIDEA	
85718	167	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SUBARACNOIDEO/INTRATECALE (TEST DI PROVA)	
85726	168	SOSTITUZIONE DI ELETTROSTIMOLATORE MIDOLLARE	
81299	169	TERAPIA ANTALGICA MEDIANTE INFUSIONE ENDOVENOSA (PER OGNI GIORNATA DI TRATTAMENTO IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO)	

Terapie con radionuclidi

Le voci per le terapie sottoelencate, se previste dai singoli Piani Sanitari e nella misura da questi prevista, sono comprensive dei compensi per le prestazioni professionali, di esami scintigrafici, dei materiali specifici e dei medicinali. Le tariffe non comprendono la retta di degenza giornaliera notturna o in day hospital (diurna) e l'uso della speciale stanza attrezzata e dedicata alle terapie radiometaboliche.

81497	170	FEOCROMOCITOMI MALIGNI E NEUROBLASTOMI - CON 131I - MIBG - TRATTAMENTO COMPLETO - IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO	
81505	171	RADIOSINOVIRTESI - TRATTAMENTO COMPLETO PER UN DISTRETTO ARTICOLARE - IN REGIME DI DAY HOSPITAL	
81513	172	RADIOSINOVIRTESI - TRATTAMENTO COMPLETO PER PIÙ DISTRETTI ARTICOLARI - IN REGIME DI DAY HOSPITAL	
81521	173	TERAPIA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE - TRATTAMENTO COMPLETO - IN REGIME DI DAY HOSPITAL - UNICA SEDUTA	
81539	174	TERAPIA RADIOMETABOLICA DELLE NEOPLASIE TIROIDEE - TRATTAMENTO COMPLETO - IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO	
81547	175	TERAPIA RADIOMETABOLICA PER PATOLOGIA TIROIDEA TIREOTOSSICA (IPERTIROIDISMO) - TRATTAMENTO COMPLETO	

SEZIONE O. INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO, IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY)

Quanto previsto per le singole voci inserite nella presente Sezione, se presente all'interno delle Garanzie dei singoli Piani Sanitari ed indipendentemente dalla tipologia di intervento/prestazione e del regime in cui lo stesso viene eseguito, sono onnicomprensive delle prestazioni/competenze: di tutti i partecipanti all'atto chirurgico/medico (operatore/i, aiuti, assistenti, anestesisti, tecnici ecc.), rilevabili dal verbale della sala operatoria all'interno della cartella clinica e dalla cartella clinica stessa; dell'assistenza prestata dall'intera équipe chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni (non sono previste deroghe) e, ove previsto dalla procedura/voce stessa, anche dell'eventuale standby (se non previsto, è disponibile un apposito codice da sommare al rispettivo intervento). Ne consegue che, anestesia (qualsiasi tipologia), sedazione e/o sedazione cosciente sono ricompresi nelle prestazioni/cure (non sono previste deroghe). Per le prestazioni/procedure eseguite al di fuori della sala operatoria/sala ambulatoriale, sempre se previste dalla copertura del singolo iscritto/assistito, è vincolante l'inoltro di una dettagliata relazione medica.

Si precisa che gli interventi/procedure inserite nella presente sezione si intendono comprensive degli strumenti/apparecchiature e quanto necessario per l'esecuzione delle procedure stesse (materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiature), salvo quanto compreso nelle rispettive sale operatorie e salvo quanto esposto nel paragrafo "strumenti ad alto costo".

Tutti gli interventi/prestazioni devono intendersi come onnicomprensivi di tutte le fasi secondo le procedure standard adottate dalla tecnica chirurgica. In tutti i casi, il tipo di intervento e tutte le fasi procedurali dovranno risultare dal verbale di sala operatoria (da cui si rileverà anche l'eventuale utilizzo di strumentazione ad alto costo) e dalla cartella clinica. Il FasiOpen, nell'ambito dell'attività di codifica propedeutica alla liquidazione, prenderà in esame esclusivamente il contenuto dei predetti (in quanto redatti secondo norma) non potendo avallare una annotazione postuma di fatti pregressi.

L'eventuale conversione intraoperatoria da "procedura chiusa" a "procedura a cielo aperto", tecnica con la quale viene terminato l'intervento, prevede il riconoscimento della sola tecnica a "cielo aperto", ovvero viene riconosciuta una sola procedura.

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

Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, se prevista dalla copertura del singolo iscritto/assistito, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico.

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

Per gli interventi/prestazioni "eseguibili ambulatorialmente", l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi), sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata, oltre quanto già previsto, documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto all'esecuzione in regime di ricovero.

Sono tassativamente esclusi dal rimborso, indipendentemente dal Piano Sanitario, tutte le cure, gli atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti connessi ad infertilità, sterilità, impotenza, frigilità e/o a tutte queste riconducibili; tutte le cure e/o atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti di natura estetica e/o a questa riconducibile e/o conseguenti ad eventuali precedenti terapie/cure.

Sono altresì esclusi, qualsiasi tipo di cure/interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzioni della cornea eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, qualsiasi altro trattamento laser in oculistica, oltre quanto specificatamente dettagliato nell'apposita sezione "trattamenti laser" e/o quanto esplicitamente previsto dal Nomenclatore in vigore all'atto della fatturazione a saldo (se rientrante nelle Garanzie del singolo Piano Sanitario).

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

Cardiochirurgia

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

56085	176	STAND BY CARDIOCHIRURGICO (PRESENZA INTERA ÉQUIPE) PER INTERVENTI DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA, SALVO I CASI DESCRITTI IN CUI IL COMPENSO È GIÀ COMPRESO NELLE TARIFFE ESPOSTE	
43802	177	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)	
43786	178	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)	
43836	179	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI DESCRITTI	
43711	180	CARDIOCHIRURGIA A CUORE CHIUSO (SENZA C.E.C.) IN ETÀ ADULTA O NEONATALE - INTERVENTI DI, SALVO GLI INTERVENTI DESCRITTI	Applicabile anche in caso di TAVI
40006	181	CISTI DEL CUORE O DEL PERICARDIO	
43851	182	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA	
40113	183	CONTROPULSAZIONE AORTICA MEDIANTE INCANNULAMENTO ARTERIOSO	
40121	184	DRENAGGIO PERICARDICO	
40139	185	EMBOLECTOMIA CON FOGARTY	
43729	186	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER	
40147	187	FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER	
40154	188	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO	
43760	189	PERICARDIECTOMIA PARZIALE	
43778	190	PERICARDIECTOMIA TOTALE	
43901	191	PERICARDIOCENTESI	
40162	192	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.	
43737	193	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLLO	
59860	194	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN CHIRURGIA MINI INVASIVA (HEART PORT)	
43810	195	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)	
40170	196	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BYPASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)	
43968	197	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI DI ESPIANTO ED IMPIANTO)	
43844	198	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA	

Cardiochirurgia Interventistica

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

44016	199	ABLAZIONE TRANSCATETERE	Comprensivo dello studio elettrofisiologico
-------	-----	-------------------------	---

			endocavitario
40188	200	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVA DI STUDIO CORONAROGRAFICO, DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED APPLICAZIONE DI STENTS	
40196	201	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVA DI STUDIO CORONAROGRAFICO, DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED APPLICAZIONE DI STENTS	
40444	202	BIOPSIA ENDOMIOCARDICA DESTRA	
40451	203	BIOPSIA ENDOMIOCARDICA SINISTRA	
40469	204	CATETERISMO DESTRO E SINISTRO E CALCOLO PORTATE E GRADIENTI CON CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA DESTRA E SINISTRA	Comprensivo della coronarografia e ventricolografia
73833	205	CONTROLLO ELETTRONICO DEL PACE MAKER E/O DEFIBRILLATORE (ICD) IMPIANTATO (COMPRESA CONSULENZA INGEGNERE) IN FASE SUCCESSIVA ALL'IMPIANTO	Comprensivo dell'ECG
40477	206	CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO	
40485	207	CORONAROGRAFIA CIRCOLO NATIVO + STUDIO SELETTIVO DI BYPASS VENOSI ED ARTERIOSI + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO	
56862	208	DEFIBRILLATORE (ICD) CON O SENZA PACE MAKER, IMPIANTO DEFINITIVO COMPRENSIVO DELL'EVENTUALE IMPIANTO/ESPIANTO DI DISPOSITIVO TEMPORANEO	Trattamento completo di tutte le fasi
78006	209	DEFIBRILLAZIONE ELETTRICA TERAPEUTICA PER INTERRUZIONE ARITMIE (CARDIOVERSIONE)	
56870	210	MAPPAGGIO ELETTROMECCANICO ENDOCAVITARIO, COMPRESO IL RIPOSIZIONAMENTO E/O RIMOZIONE DI ELETTROCATETERI VENTRICOLARI, QUALSIASI METODICA	
43752	211	PACE MAKER, IMPIANTO DEFINITIVO COMPRENSIVO DELL'EVENTUALE IMPIANTO/ESPIANTO DI PACE MAKER TEMPORANEO + EVENTUALI RIPOSIZIONAMENTI DEGLI ELETTROCATETERI E PROGRAMMAZIONE ELETTRONICA DEL PACE MAKER	Trattamento completo di tutte le fasi
43976	212	PACE MAKER, IMPIANTO TEMPORANEO E RELATIVO ESPIANTO (COME UNICO INTERVENTO)	
40493	213	RIPROGRAMMAZIONE ELETTRONICA DEL PACE MAKER E/O DEFIBRILLATORE (ICD) CON MISURAZIONE SOGLIA CARDIACA CON METODO NON INVASIVO	
56888	214	RIVASCOLARIZZAZIONE MIOCARDICA, QUALSIASI METODICA	
40501	215	SOSTITUZIONE GENERATORE PACE MAKER DEFINITIVO	
40790	216	STAND BY CARDIOCHIRURGICO (PRESENZA INTERA ÉQUIPE) SALVO I CASI DESCRITTI IN CUI IL COMPENSO È COMPRESO NELLE TARIFFE ESPOSTE	
40808	217	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO ENDOCAVITARIO	
41046	218	VALVULOPLASTICA NON CARDIOCHIRURGICA	

Chirurgia della Mammella

Tutti i compensi degli interventi di chirurgia demolitiva sono comprensivi della contestuale ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). Se la ricostruzione plastica mammaria (sempre esclusa protesi) viene eseguita in ricovero successivo, potranno essere riconosciuti i codici di ricostruzione mammaria (in rapporto alla tipologia di intervento eseguito precedentemente) qui esplicitati oppure presenti nella branca di Chirurgia Plastica Ricostruttiva. Le procedure di chirurgia conservativa non comprendono gli interventi della ricostruzione plastica mammaria se non esposta nel codice stesso.

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

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

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

43075	219	ASCESSO MAMMARIO, INCISIONE DI	
59049	220	BIOPSIA INCISIONALE/ESCISSIONALE STEREOTASSICA	
56093	221	ESPANSIONE TISSUTALE DI ESITI CICATRIZIALI POST-CHIRURGIA DEMOLITIVA PER INTRODUZIONE DI PROTESI MAMMARIA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
56101	222	LINFOADENECTOMIA ASCELLARE (COME UNICO INTERVENTO)	
59057	223	LINFONODO SENTINELLA, ASPORTAZIONE DI (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO) (COME UNICO INTERVENTO)	
43042	224	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE	
43034	225	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE	
43109	226	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
43018	227	NEOPLASIE E/O CISTI BENIGNE, ASPORTAZIONE DI (COMPRESA RICOSTRUZIONE PLASTICA MAMMARIA)	
43091	228	POSIZIONAMENTO DI PUNTI DI REPERE O FIDUCIALS (COME UNICA PRESTAZIONE)	
41053	229	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE, QUALSIASI TECNICA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO)	
59065	230	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA, QUALSIASI TECNICA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE	
43026	231	QUADRANTECTOMIA, COMPRESA TECNICA 'NIPPLE-SPARING', SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE	
56119	232	RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA RADICALE CON INTRODUZIONE DI PROTESI, COMPRESO EVENTUALE LEMBO MUSCOLARE	Esclusa protesi
56127	233	RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON INTRODUZIONE DI PROTESI, COMPRESO EVENTUALE LEMBO MUSCOLARE	Esclusa protesi
56135	234	RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA O QUADRANTECTOMIA CON INTRODUZIONE DI PROTESI, COMPRESO EVENTUALE LEMBO MUSCOLARE	Esclusa protesi
56143	235	RIMOZIONE ED EVENTUALE SOSTITUZIONE DI PROTESI MAMMARIA IMPIANTATA IN PRECEDENTE INTERVENTO CHIRURGICO DI MASTECTOMIA O QUADRANTECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	

59073	236	TUMORECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO)	
59081	237	TUMORECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO)	
Chirurgia della Mano			
Per trattamento completo s'intende anche eventuale artroliasi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale. Voci mancanti in Chirurgia della mano: vedi anche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/ strumentazione, salvo i casi descritti.			
41061	238	AMPUTAZIONI CARPALI	
41079	239	AMPUTAZIONI FALANGEE	
41087	240	AMPUTAZIONI METACARPALI	
48793	241	APONEURECTOMIA, MORBO DI DUPUYTREN	
41095	242	ARTRODESI CARPALE	
41103	243	ARTRODESI METACARPO-FALANGEA E/O INTERFALANGEA	
41350	244	ARTROPLASTICA	
41368	245	ARTROPROTESI CARPALE	Esclusa protesi
41376	246	ARTROPROTESI METACARPO-FALANGEA E/O INTERFALANGEA	Esclusa protesi
59878	247	CISTI O GANGLI TENDINEI E/O ARTROGENI, ASPORTAZIONE DI	
59886	248	CISTI SINOVIALE, ASPORTAZIONE DI	
56150	249	DEFORMITÀ AD ASOLA DELLA MANO	
56168	250	DITO A MARTELLLO DELLA MANO	
41384	251	FRATTURE E LUSSAZIONI DEI METACARPI E FALANGI, TRATTAMENTO CRUENTO	
41392	252	FRATTURE E LUSSAZIONI DEI METACARPI E FALANGI, TRATTAMENTO INCRUENTO	
41400	253	FRATTURE E LUSSAZIONI DEL POLSO, TRATTAMENTO CRUENTO	
41582	254	FRATTURE E LUSSAZIONI DEL POLSO, TRATTAMENTO INCRUENTO	
56176	255	LEMBI CUTANEI MICROCHIRURGICI	
56184	256	LESIONI CUTANEE, RICOSTRUZIONI DI (PLASTICA V/Y, Y/V, Z)	
56192	257	LESIONI NERVOSE TRAUMATICHE E NON, DELLA MANO	
41590	258	LESIONI TENDINEE DELLA MANO, INTERVENTO PER TENORRAFIE	
41608	259	MANO SPASTICA - PARALISI FLACCIDE, TRATTAMENTO CHIRURGICO PER	
48553	260	MORBO DI NOTTA (DITO A SCATTO), MORBO DI DE QUERVAIN, TENOSINOVITI	
41780	261	OSTEOTOMIE (COME UNICO INTERVENTO)	Indipendentemente dal numero.
41798	262	PSEUDOARTROSI DELLE OSSA LUNGHE	

41806	263	PSEUDOARTROSI DELLO SCAFOIDE CARPALE	
46813	264	RICOSTRUZIONE SECONDARIA DEL POLLICE O DELLE ALTRE DITA IN MICROCHIRURGIA	
42093	265	RIGIDITÀ DELLE DITA	
42101	266	RIVASCOLARIZZAZIONE DI ARTO O DI SUO SEGMENTO (COME UNICO INTERVENTO)	
56200	267	RIZOARTROSI	
48801	268	SINDROMI CANALICOLARI TRATTAMENTO COMPLETO (TUNNEL CARPALE, SINDROME DI GUYON, COMPRESSIONE DEL NERVO ULNARE ALLA DOCCIA EPITROCLEO-OLEOCRANICA, ETC.)	
42192	269	SINOVIECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
42200	270	TRATTAMENTO MICROCHIRURGICO DELLE LESIONI DEL PLESSO BRACHIALE	
56226	271	TUMORI DI QUALSIASI NATURA, EXERESI O ESCISSIONE IN BLOCCO	
Chirurgia del Piede			
Per trattamento completo s'intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinovietomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale. Voci mancanti in Chirurgia del piede: vedi anche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/ strumentazione, salvo i casi descritti.			
59573	272	ALLUCE RIGIDO COMPRESA CORREZIONE CHIRURGICA DELLE DEFORMITÀ INTERFALANGEE ASSOCIATE COMPRESA EVENTUALE ARTROPROTESI (TRATTAMENTO COMPLETO)	
48496	273	ALLUCE VALGO COMPRESA CORREZIONE CHIRURGICA DELLE DEFORMITÀ INTERFALANGEE ASSOCIATE COMPRESA EVENTUALE ARTROPROTESI (TRATTAMENTO COMPLETO)	
59994	274	AMPUTAZIONE TARSALI	
59766	275	AMPUTAZIONI FALANGEE	
59774	276	AMPUTAZIONI METATARSALI	
59581	277	APONEURECTOMIA PLANTARE	
59782	278	ARTRODESI METATARSO-FALANGEA	
59790	279	ARTRODESI DI OSSA DEL TARSO (SOTTOASTRAGALICA ISOLATA; SOTTOASTRAGALICA E ASTRAGALO-SCAFO-CUNEIFORME; ASTRAGALO-SCAFOIDEA E ASTRAGALO-SCAFO-CUNEIFORME, LISFRANC; ETC.)	
59808	280	ARTRODESI DI TIBIO-TARSICA (TIBIO-TARSICA E SOTTOASTRAGALICA; TIBIO-TARSICA E SOTTOASTRAGALICA E CHEILOPLASTICA; ETC.)	
57139	281	ARTROPROTESI TIBIO-TARSICA (TRATTAMENTO COMPLETO)	Esclusa protesi
57147	282	ASPORTAZIONE DI OSSO SCAFOIDEO ACCESSORIO	
54627	283	CALCANEIO STOP	
57155	284	CISTI SINOVIALI, ASPORTAZIONE DI	
57163	285	CISTI O GANGLI TENDINEI E/O ARTROGENI, ASPORTAZIONE DI	
59598	286	CORREZIONE DI PIEDE PIATTO, PARTI MOLLI E/O OSSEI	
48512	287	CORREZIONE DI PIEDE TORTO CONGENITO, PARTI MOLLI E/O OSSEE	

55228	288	DEFORMITÀ AD ASOLA DELLE DITA DEL PIEDE	
48504	289	DITO A MARTELLO DEL PIEDE COMPRESA EVENTUALE ARTROPROTESI (TRATTAMENTO COMPLETO)	
59606	290	FASCIOTOMIA PLANTARE CON ASPORTAZIONE DI SPERONE CALCANEARE	
57171	291	FRATTURA BIMALLEOLARE CON O SENZA LUSSAZIONE TIBIO ASTRAGALICA TRATTAMENTO CRUENTO ED EVENTUALE SUTURA CAPSULO-LEGAMENTOSA	
57180	292	FRATTURA CALCAGNO TRATTAMENTO CRUENTO CON O SENZA INNESTO	
57198	293	FRATTURA ISOLATA DI MALLEOLO TIBIALE TRATTAMENTO CRUENTO	
57206	294	FRATTURA ISOLATA DI MALLEOLO PERONEALE TRATTAMENTO CRUENTO	
57214	295	FRATTURA TRIMALLEOLARE CON O SENZA LUSSAZIONE TIBIO ASTRAGALICA TRATTAMENTO CRUENTO	
57222	296	FRATTURE ASTRAGALO TRATTAMENTO CRUENTO	
48314	297	LEGAMENTI ARTICOLARI COLLO-PIEDE (QUALSIASI TECNICA), RICOSTRUZIONE DI	
57230	298	LISI DELLA SINDESMOSI TIBIO PERONEALE DISTALE	
56622	299	NEUROMA DI MORTON, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
54866	300	RIALLINEAMENTO METATARSALE CON OSTEOTOMIE METATARSALI MULTIPLE	
56630	301	SINDROMI CANALICOLARI DEL PIEDE	
57249	302	LESIONE DEI RETINACOLI, INTERVENTO PER SUTURA O RICOSTRUZIONE	
57257	303	TENOPLASTICHE	
57265	304	TENO-VAGINOLISI (COME FASE DELL'INTERVENTO PRINCIPALE)	
57273	305	TENO-VAGINOLISI (COME UNICO INTERVENTO)	
57281	306	TRASPOSIZIONI E TRAPIANTI TENDINEI	
57298	307	TRATTAMENTO CHIRURGICO DI FRATTURE E FRATTURE LUSSAZIONI NELL'AMBITO DELLE OSSA DEL TARSO E DEL METATARSO	
57306	308	TRATTAMENTO CHIRURGICO DI FRATTURE E FRATTURE LUSSAZIONI DELLE FALANGI	

Chirurgia dermatologica - Crioterapia - Laserterapia

La mappa nevica è compresa nella visita specialistica e/o cure. Sono esclusi tutti i trattamenti estetici (peeling, dermoabrasione, filler ed altro) e/o quanto a questi riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetiche pur se le voci risultano esposte nella presente sezione. Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, qualora previsti dalle Garanzie del Singolo Piano Sanitario ed indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Il FasiOpen, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per le asportazioni di neoformazioni benigne; pertanto, come riportato nelle Avvertenze e nelle premesse della presente Sezione, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Le voci si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazione/apparecchiature. Si precisa che, con il termine "unica seduta" si intende indipendentemente dalla localizzazione (parte corpo) e dal numero di asportazioni. Altresì si precisa che la dermoabrasione, è assimilabile unicamente al codice/prestazione della diatermocoagulazione e/o crioterapia.

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, indipendentemente dalla localizzazione e dal Piano Sanitario, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi (non sono previste deroghe). Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime. Voci mancanti in Chirurgia dermatologica: vedi anche Chirurgia plastica ricostruttiva (per le quali valgono le medesime precisazioni).

49999	309	ASPORTAZIONE CON LASER DI TUMORI BENIGNI CUTANEI O DELLE MUCOSE DEL TRONCO/ARTI DELLA TESTA ESCLUSI ANGIOMI, SPIDER NEVI ED INESTETISMI (UNICA SEDUTA)	Rimborsabili massimo 5 sedute l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
55178	311	DIATERMOCOAGULAZIONE O CRIOTERAPIA PER UNA O PIÙ LESIONI, ALTERAZIONI, NEOFORMAZIONI DI NATURA NON VIRALE ECCETTO I CASI DESCRITTI (A SEDUTA)	Rimborsabili massimo 5 sedute l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
58331	6011	EPILUMINESCENZA DIGITALE, QUALSIASI APPARECCHIATURA COMPRESO VISITA DERMATOLOGICA	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre). Non rimborsabile nello stesso anno della Prevenzione Melanoma (laddove previsto dal piano sanitario)
57314	313	RIPARAZIONE DI P.S.C. CON LEMBO CUTANEO DI ROTAZIONE O DI SCORRIMENTO DI PICCOLE DIMENSIONI	Per riparazioni =< a 5 cm
57322	314	RIPARAZIONE DI P.S.C. CON LEMBO CUTANEO DI ROTAZIONE O DI SCORRIMENTO DI GRANDI DIMENSIONI	Per riparazioni > a 5 cm
51060	315	TRATTAMENTO MEDIANTE LASER DI ALTERAZIONI CUTANEE VIRALI (VERRUCHE, CONDILOMI, ETC.) - A SEDUTA INDIPENDENTEMENTE DALLA TIPOLOGIA DI ALTERAZIONE CUTANEA VIRALE E/O DEL NUMERO DI ALTERAZIONI TRATTATE PER SEDUTA	Rimborsabili massimo 5 sedute l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
57330	317	TUMORE SUPERFICIALE MALIGNO CUTANEO DI TRONCO/ARTI, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
57349	318	TUMORE SUPERFICIALE O SOTTOCUTANEO BENIGNO O CISTI O LIPOMI TRONCO/ARTI, VERRUCHE, ASPORTAZIONE DI	
55095	319	TRATTAMENTO MEDIANTE LASER DI TUMORI MALIGNI CUTANEI (TRATTAMENTO COMPLETO, COMPRENSIVO DI TUTTE LE SEDUTE)	
57357	320	TUMORE PROFONDO MALIGNO CUTANEO DELLA TESTA, ASPORTAZIONE DI	
57365	321	TUMORE PROFONDO MALIGNO CUTANEO DI TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI	
57373	322	TUMORE SUPERFICIALE MALIGNO CUTANEO DELLA TESTA, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
57381	323	TUMORE SUPERFICIALE O CISTI BENIGNA DELLA TESTA, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
Chirurgia Generale			
Interventi chirurgici minori			
<p>Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali; per tumori profondi extracavitari: il tumore del muscolo scheletrico, il tumore o la lesione simil tumorale fibrosa. Per trattamenti terapeutici iniettivi si intendono: il trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali ed il trattamento con sclerosanti per le emorroidi (non sono previste altre tipologie). In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, qualora previsti dalle Garanzie del singolo Piano Sanitario ed indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Il FasiOpen, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per le asportazioni di neoformazioni benigne; pertanto, come riportato nelle Avvertenze e nelle premesse della presente Sezione, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Le voci si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature).</p> <p>Le medicazioni (semplici e/o avanzate) per qualsiasi tipologia di ferita o per ulcera cutanea di qualsiasi natura non sono rimborsabili se eseguite in regime ambulatoriali indipendentemente dal Piano Sanitario, mentre in regime di ricovero (qualsiasi) sono comprese nelle relative procedure.</p> <p>Si specifica che alcuni esami, esposti nelle sottosezioni, sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.</p>			
42390	324	ACCESSO PERIFERICO PER POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO	
40816	325	AGOASPIRATI/AGOBIOPSIE, DI QUALSIASI PARTE ANATOMICA,	

		SALVO I CASI DESCRITTI NELLE RISPETTIVE SEZIONI	
40295	326	ASCESSO O FLEMMONE DIFFUSO, INCISIONE DI	
40303	327	ASCESSO O FLEMMONE SOTTOAPONEUROTICO, TRATTAMENTO CHIRURGICO RADICALE DI	
40287	328	ASCESSO O FLEMMONE SUPERFICIALE E CIRCOSCRITTO, INCISIONE DI	
40329	329	BIOPSIA COME UNICO ATTO CHIRURGICO, QUALSIASI PARTE ANATOMICA, SALVO I CASI DESCRITTI NELLE RISPETTIVE SEZIONI	
40246	330	CISTI SINOVIALE, ASPORTAZIONE DI	
40279	331	CORPO ESTRANEO PROFONDO EXTRACAVITARIO, ESTRAZIONE DI	Applicabile anche in caso di tumore benigno profondo
40261	332	CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE, ESTRAZIONE DI	
40402	333	CUOIO CAPELLUTO, VASTA FERITA E SCOLLAMENTO DEL	
40352	334	EMATOMA SUPERFICIALE, SVUOTAMENTO DI	
42408	335	EMATOMI PROFONDI EXTRACAVITARI, SVUOTAMENTO DI	
42598	336	ESPIANTO DI CATETERE PERITONEALE	
59106	337	ESPIANTO DI CVC (COME UNICA PRESTAZIONE)	
59114	338	ESPIANTO DI SISTEMI VENOSI IMPIANTABILI TIPO PORT-A-CATH, GROSHONG ED ALTRI SIMILI (COME UNICA PRESTAZIONE)	
40428	339	FERITA PROFONDA DELLA FACCIA, SUTURA DI	
40360	340	FERITA PROFONDA, SUTURA DI	
40410	341	FERITA SUPERFICIALE DELLA FACCIA, SUTURA DI (ESCLUSE QUELLE DI PERTINENZA OCULISTICA)	
40378	342	FERITA SUPERFICIALE, SUTURA DI (ESCLUSE QUELLE DI PERTINENZA OCULISTICA)	
45443	343	FISTOLA ARTERO-VENOSA PERIFERICA, PREPARAZIONE DI	
42978	344	IMPIANTO CHIRURGICO DI CATETERE PERITONEALE	
42986	345	IMPIANTO DI CVC (COME UNICA PRESTAZIONE)	
57398	346	IMPIANTO DI SISTEMI VENOSI TIPO PORT-A-CATH, GROSHONG ED ALTRI SIMILI (COME UNICA PRESTAZIONE) CON EVENTUALE GUIDA ECOGRAFICA	Compresa ecografia
40345	347	PATERECCIO PROFONDO ED OSSEO, INTERVENTO PER	
40337	349	PATERECCIO SUPERFICIALE, INTERVENTO PER	
40238	350	TUMORE PROFONDO EXTRACAVITARIO, ASPORTAZIONE DI	
59122	351	TUMORE PROFONDO MALIGNO CUTANEO DI TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI	
40220	352	TUMORE SUPERFICIALE MALIGNO CUTANEO DI TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI	
40212	353	TUMORE SUPERFICIALE O SOTTOCUTANEO BENIGNO O CISTI O LIPOMI TRONCO/ARTI, VERRUCHE, ASPORTAZIONE DI	
40386	354	UNGHIA INCARNITA, ASPORTAZIONE DI (COMPRESA PLASTICA - TRATTAMENTO COMPLETO)	
Collo			

40832	356	ASCESSI, FAVI, FLEMMONI, INCISIONE E DRENAGGIO DI	
40824	357	BIOPSIA PRESCALENICA	
40873	358	CISTI O FISTOLA CONGENITA, ASPORTAZIONE DI	
42994	359	FISTOLA ESOFAGO-TRACHEALE, INTERVENTO PER	
40923	360	LINFOADENECTOMIA LATERO CERVICALE MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
41038	361	LINFOADENECTOMIA LATERO CERVICALE BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
40931	362	LINFOADENECTOMIA SOPRACLAVEARE (COME UNICO INTERVENTO)	
41012	363	LINFONODI, ASPORTAZIONE CHIRURGICA A SCOPO DIAGNOSTICO (COME UNICO INTERVENTO)	Applicabile anche nei casi di altre sedi anatomiche
40949	364	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE	
43000	365	PARATIROIDI, REINTERVENTI	
40881	366	TIROIDE, ENUCLEAZIONE DI TUMORI CISTICI O ADENOMI SOLITARI	
43463	367	TIROIDE, LOBECTOMIE	
40956	368	TIROIDECTOMIA SUBTOTALE	
56234	369	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE	
59130	370	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER	
43497	371	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE	
40980	372	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE	
43646	373	TRACHEOSTOMIA, CHIUSURA E PLASTICA	
40105	374	TRACHEOTOMIA CON TRACHEOSTOMIA D'URGENZA	
43653	375	TRACHEOTOMIA CON TRACHEOSTOMIA DI ELEZIONE	
40840	376	TUBO LARINGO-TRACHEALE E FARINGO-ESOFAGEO, INTERVENTO PER FERITE DEL	
40899	377	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)	

Esofago

41137	378	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER	
41145	379	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO TORACICO, INTERVENTO PER	
41210	380	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA	
41129	381	ESOFAGITE, ULCERA ESOFAGEA (COMPRESA PLASTICA ANTIREFLUSSO E/O VAGOTOMIA), INTERVENTO PER	
41202	382	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA	
41186	383	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA	
41509	384	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA	

56242	385	ESOFAGOMIOTOMIA (ANCHE ENDOSCOPICA - COME UNICO INTERVENTO)	
41194	386	ESOFAGOSTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
41111	387	LESIONI TRAUMATICHE O SPONTANEE, CORPI ESTRANEI, TUMORI BENIGNI, BIOPSIA E CAUTERIZZAZIONE NON ENDOSCOPICA	
41244	388	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER	
41251	389	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER	
41269	390	PROTESI ENDO - ESOFAGEE, COLLOCAZIONE DI	
41335	391	SONDAGGIO ESOFAGEO PER DILATAZIONE GRADUALE - PRIMA SEDUTA	Non associabile alla esofagogastroduodenoscopia (pacchetto o concomitante)
41343	392	SONDAGGIO ESOFAGEO PER DILATAZIONE GRADUALE - SEDUTE SUCCESSIVE	Non associabile alla esofagogastroduodenoscopia (pacchetto o concomitante)
43661	393	STENOSI BENIGNE DELL'ESOFAGO, INTERVENTI PER	
43679	394	STENOSI ESOFAGEE, TRATTAMENTO ENDOSCOPICO CON LASER	
41160	395	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE	
Stomaco – Duodeno			
59149	396	BENDAGGIO GASTRICO PER IL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ PATOLOGICA, QUALSIASI TECNICA	
43695	397	DUMPING SYNDROME, INTERVENTI DI RICONVERSIONE PER	
42333	398	ERNIA IATALE, INTERVENTI PER (COMPRESA PLASTICA ANTIREFLUSSO E/O PLASTICA DEI PILASTRI DIAFRAMMATICI)	
41533	399	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER	
56259	400	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)	
41491	401	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA	
57414	402	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA	
41483	403	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA	
41566	404	PILOROPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)	
59165	405	POSIZIONAMENTO DI BIB (BIOENTERYCS INTRAGASTRIC BALLON) PER OBESITÀ PATOLOGICA	
43703	406	RESEZIONE GASTRO DUODENALE	
41525	407	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA	
59173	408	RIMOZIONE DI BIB (BIOENTERYCS INTRAGASTRIC BALLON) PER OBESITÀ PATOLOGICA	
41574	409	VAGOTOMIA SELETTIVA E/O SUPERSELETTIVA CON EVENTUALE PILOROPLASTICA	
57422	410	VAGOTOMIA SELETTIVA E/O SUPERSELETTIVA CON EVENTUALE PILOROPLASTICA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
56267	411	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)	

Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano

41988	412	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO	
41715	413	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ	
56283	414	ANOPLASTICA E PERINEOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)	
41624	415	APPENDICECTOMIA CON PERITONITE DIFFUSA	
41616	416	APPENDICECTOMIA SEMPLICE A FREDDO (QUALSIASI TECNICA)	
41913	417	ASCESSO O FISTOLA DEL CAVO ISCHIO-RETTALE, INTERVENTO PER	
41905	418	ASCESSO PERIANALE, INTERVENTO PER	
44024	419	BYPASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNHE	
44032	420	BYPASS INTESTINALI PER IL TRATTAMENTO OBESITÀ PATOLOGICA	
41954	421	CISTI DERMOIDE, FISTOLA SACRO COCCIGEA (ANCHE RECIDIVE), INTERVENTO PER	
41632	422	COLECTOMIA SEGMENTARIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)	
41640	423	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA	
41657	424	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)	
41665	425	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)	
44040	426	COLOTOMIA CON COLORRAFIA (COME UNICO INTERVENTO)	
56291	427	CONDILOMI ACUMINATI PERINEALI-ANALI, INTERVENTO CHIRURGICO PER (QUALSIASI TECNICA, TRATTAMENTO COMPLETO)	
44057	428	CONFEZIONAMENTO DI ANO ARTIFICIALE (COME UNICO INTERVENTO)	
44065	429	CONFEZIONAMENTO DI ILEOSTOMIA CONTINENTE (COME UNICO INTERVENTO)	
41871	430	CORPI ESTRANEI DAL RETTO, ESTRAZIONE PER VIA NATURALE SEMPLICE DI	
41897	431	CORPI ESTRANEI DEL RETTO, ESTRAZIONE PER VIA ADDOMINALE DI	
41889	432	CORPI ESTRANEI DEL RETTO, ESTRAZIONE CON SFINTEROTOMIA DI (COMPRESA ANOPLASTICA)	
44073	433	DIGIUNOSTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
44081	434	DIVERTICOLI DI MECKEL, RESEZIONE DI	
44099	435	DUODENO DIGIUNOSTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
41731	436	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE	
41749	437	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)	
55079	438	EMORROIDI (CRIOCHIRURGIA O DIATERMOCOAGULAZIONE TRATTAMENTO COMPLETO)	
44685	439	EMORROIDI (LASERCHIRURGIA TRATTAMENTO COMPLETO)	
44107	440	EMORROIDI E RAGADI (CRIOCHIRURGIA TRATTAMENTO COMPLETO)	

44669	441	EMORROIDI E RAGADI (LASERCHIRURGIA TRATTAMENTO COMPLETO)	
44651	442	EMORROIDI E RAGADI, INTERVENTO CHIRURGICO RADICALE PER (COMPRESO TRATTAMENTO PROLASSO MUCOSO - ANCHE RETTALE, SFINTEROTOMIA - ANOPLASTICA) - QUALSIASI METODICA, QUALSIASI APPARECCHIATURA / STRUMENTAZIONE	
44677	443	EMORROIDI: TRATTAMENTI TERAPEUTICI INIETTIVI E/O LEGATURA ELASTICA - A SEDUTA	
41962	444	EMORROIDI, INTERVENTO CHIRURGICO RADICALE (COMPRESO TRATTAMENTO PROLASSO MUCOSO - ANCHE RETTALE, SFINTEROTOMIA - ANOPLASTICA) - QUALSIASI METODICA, QUALSIASI APPARECCHIATURA / STRUMENTAZIONE	
41699	446	ENTEROSTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
41939	447	FISTOLA ANALE EXTRASFINTERICA	
41921	448	FISTOLA ANALE INTRASFINTERICA	
44701	449	FISTOLE ANALI (LASERCHIRURGIA, TRATTAMENTO COMPLETO)	
42077	450	INCONTINENZA ANALE, INTERVENTO CHIRURGICO PER (TRATTAMENTO COMPLETO)	
41764	451	INVAGINAZIONE, VOLVOLO, ERNIE INTERNE, INTERVENTO PER	
41772	452	MEGACOLON, INTERVENTO PER	
46219	453	MEGACOLON: COLOSTOMIA	
44727	454	MIKULICZ, ESTRINSECAZIONE SEC.	
44735	455	POLIPLECTOMIA RETTO-COLON PER VIA LAPAROTOMICA	
57430	456	POLIPO RETTALE PER VIA TRANSANALE, ASPORTAZIONE DI (COME UNICO INTERVENTO) - QUALSIASI TECNICA, QUALSIASI STRUMENTAZIONE/APPARECCHIATURA	
59181	457	POSIZIONAMENTO PROTESI DEL COLON	
59198	458	POSIZIONAMENTO PROTESI DEL RETTO	
44743	459	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE	
42002	460	PROLASSO RETTALE COMPRESO TRATTAMENTO EMORROIDI, INTERVENTO TRANSANALE PER (COME UNICO INTERVENTO) - QUALSIASI TECNICA - QUALSIASI STRUMENTAZIONE/APPARECCHIATURA	
44750	461	PROLASSO RETTALE COMPRESO TRATTAMENTO EMORROIDI, INTERVENTO LAPAROTOMICO PER	
41970	462	RAGADE ANALE, TRATTAMENTO CHIRURGICO CON SFINTEROTOMIA	
44768	463	RAGADI, CRIOCHIRURGIA PER (TRATTAMENTO COMPLETO)	
44776	464	RAGADI, LASERCHIRURGIA PER (TRATTAMENTO COMPLETO)	
59206	465	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA BENIGNA	
59214	466	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE	
59222	467	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA	
59230	468	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE	

41996	469	SFINTEROTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
56309	470	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI	
41756	471	VISCEROLISI ESTESA (ENTEROPLICATIO), INTERVENTO PER (COME UNICO INTERVENTO)	
57449	472	VISCEROLISI ESTESA (ENTEROPLICATIO), INTERVENTO PER (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
Parete addominale			
44800	473	CISTI, EMATOMI, ASCESSI, FLEMMONI PARETE ADDOMINALE	
42374	474	DIASTASI DEI RETTI (COME UNICO INTERVENTO), INTERVENTO PER	
42275	475	ERNIA CRURALE RECIDIVA (COMPRESA RIMOZIONE DI RETE)	
42259	476	ERNIA CRURALE SEMPLICE	
42267	477	ERNIA CRURALE STROZZATA	
42309	478	ERNIA EPIGASTRICA	
42317	479	ERNIA EPIGASTRICA STROZZATA O RECIDIVA (COMPRESA RIMOZIONE DI RETE)	
42234	480	ERNIA INGUINALE CON ECTOPIA TESTICOLARE	
42242	481	ERNIA INGUINALE RECIDIVA (COMPRESA RIMOZIONE DI RETE)	
42218	482	ERNIA INGUINALE SEMPLICE	
42226	483	ERNIA INGUINALE STROZZATA	
42283	484	ERNIA OMBELICALE	
44966	485	ERNIA OMBELICALE RECIDIVA (COMPRESA RIMOZIONE DI RETE)	
42358	486	ERNIE RARE (ISCHIATICA, OTTURATORIA, LOMBARE, PERINEALE)	Rimborsabile 1 volta per intervento chirurgico
42366	487	LAPAROCELE, INTERVENTO PER	
42143	488	LINFOADENECTOMIA INGUINALE O CRURALE MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
42184	489	LINFOADENECTOMIA INGUINALE O CRURALE BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
56317	490	LINFOADENECTOMIA LAPAROTOMICA (COME UNICO INTERVENTO)	
59249	491	LINFONODO SENTINELLA, ASPORTAZIONE DI (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO) (COME UNICO INTERVENTO)	
42325	492	PROLASSO DIAFRAMMATICO, INTERVENTO PER	
Peritoneo			
42424	493	ASCESSO DEL DOUGLAS, DRENAGGIO	
42416	494	ASCESSO SUB-FRENICO, DRENAGGIO	
42432	495	LAPAROSCOPIA ESPLORATIVA/DIAGNOSTICA (COMPRESA BIOPSIE)	
42499	496	LAPAROTOMIA CON LESIONE DI ORGANI INTERNI PARENCHIMALI CHE RICHIEDONO EMOSTASI	

42515	497	LAPAROTOMIA CON RESEZIONE INTESTINALE (COMPRESSE STOMIE)	
42457	498	LAPAROTOMIA ESPLORATIVA E/O LISI ADERENZE (COME UNICO INTERVENTO)	
44974	499	LAPAROTOMIA ESPLORATIVA QUALE INTERVENTO PRINCIPALE PER NEOPLASIE NON RESECABILI O PER STADIAZIONE LINFOADENOPATIE	
42481	500	LAPAROTOMIA PER CONTUSIONI E FERITE DELL'ADDOME SENZA LESIONI DI ORGANI INTERNI	
44982	501	LAPAROTOMIA PER LESIONI DI ORGANI INTERNI PARENCHIMALI CHE RICHIEDONO EXERESI	
42507	502	LAPAROTOMIA PER LESIONI GASTRO-INTESTINALI CHE RICHIEDONO SUTURA	
42465	503	LAPAROTOMIA PER PERITONITE DIFFUSA	
42473	504	LAPAROTOMIA PER PERITONITE SACCATA	
44990	505	LAVAGGIO PERITONEALE DIAGNOSTICO	
56325	506	LINFOADENECTOMIA LAPAROSCOPICA (COME UNICO INTERVENTO)	
42549	507	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE	
42531	508	OCCLUSIONE INTESTINALE SENZA RESEZIONE	
56896	509	OMENTECTOMIA E/O PERITONECTOMIE (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
42580	510	PARACENTESI (CON O SENZA SOMMINISTRAZIONE ENDOCAVITARIA DI FARMACI)	
42523	511	TUMORE O FIBROSI RETROPERITONEALE (COMPRESI URETEROLISI E VISCEROLISI ESTESA), INTERVENTO CHIRURGICO PER (TRATTAMENTO COMPLETO)	

Fegato e Vie Biliari

42804	512	AGOBIOPSIA/AGOASPIRATO (QUALSIASI NUMERO DI PRELIEVI)	
42895	513	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA	
42614	514	ASCESSI, CISTI (DI QUALSIASI NATURA), ANGIOMI CAVERNOSI, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
45005	515	BIOPSIA EPATICA (COME UNICO INTERVENTO)	
45153	516	CALCOLOSI INTRAEPATICA, INTERVENTO PER	
42648	517	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SEMPLICE (COMPRESA LISI DI ADERENZE)	
57457	518	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA E ESPLORAZIONE DELLA VIA BILIARE ED EVENTUALE ESTRAZIONE DI CALCOLI (COMPRESA ASSISTENZA DEL RADIOLOGO) (COMPRESA LISI DI ADERENZE)	
57465	519	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON COLEDOCOLITOTOMIA ED ESTRAZIONE DI CALCOLI (COMPRESA COLANGIOGRAFIA ED ASSISTENZA DEL RADIOLOGO) (COMPRESA LISI DI ADERENZE)	
56333	520	COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA (COMPRESA LISI DI ADERENZE)	
42663	521	COLECISTOGASTROSTOMIA O COLECISTOENTEROSTOMIA	
42705	522	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI	
42697	523	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O	

		SENZA COLECISTECTOMIA	
42689	524	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA	
42671	525	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA	
42655	526	COLEDOCOTOMIA E COLEDOCOLITOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
45179	527	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA	
42911	528	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE	
45187	529	DRENAGGIO BILIO DIGESTIVO INTRAEPATICO	
42747	530	INCANNULAZIONE DELL'ARTERIA EPATICA PER PERFUSIONE ANTIBLASTICA	
45195	531	PAPILLA DI VATER, EXERESI	
57473	532	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO	
42713	533	PAPILLOSTOMIA, PER VIA TRANSDUODENALE ED EVENTUALE ASPORTAZIONE DI CALCOLI (COME UNICO INTERVENTO)	
42721	534	PAPILLOTOMIA, PER VIA ENDOSCOPICA (COME UNICO INTERVENTO)	
42630	535	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI	
45203	536	RESEZIONI EPATICHE MINORI	
56341	537	RIPARAZIONE CHIRURGICA PER LACERAZIONE DEL PARENCHIMA EPATICO	
59257	538	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI PRIMITIVI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO	
45260	539	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI DI ESPianto ED IMPIANTO)	
45708	540	VIE BILIARI, INTERVENTI PALLIATIVI	
42739	541	VIE BILIARI, REINTERVENTI	

Pancreas - Milza

42960	542	AGOBIOPSIA/AGOASPIRATO PANCREAS	
45716	543	ASCESSI PANCREATICI E/O CISTI, DRENAGGIO DI	
45724	544	BIOPSIA DEL PANCREAS (COME UNICO INTERVENTO)	
45740	545	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA	
45732	546	DENERVAZIONI PANCREATICHE, (COME UNICO INTERVENTO)	
42812	547	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE	
42853	548	FISTOLA PANCREATICA, INTERVENTO PER	
56358	549	MARSUPIALIZZAZIONE INTERNA O ESTERNA DI CISTI PANCREATICA	
42945	550	MILZA, INTERVENTI CHIRURGICI CONSERVATIVI (SPLENORRAFIE, RESEZIONI SPLENICHE)	
45757	551	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER	
45765	552	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA	

42861	553	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)	
45773	554	PANCREATITE ACUTA, INTERVENTI CONSERVATIVI	
45781	555	PANCREATITE ACUTA, INTERVENTI DEMOLITIVI	
42838	556	PSEUDOCISTI CON DIGIUNOSTOMIA O ALTRA DERIVAZIONE, INTERVENTO PER	
42929	557	SPLENECTOMIA	
45799	558	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI DI ESPIANTO ED IMPIANTO)	

Chirurgia oro - maxillo – facciale

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

Per alcuni atti chirurgici, effettuati in regime ambulatoriale/studio/presidio/servizio odontoiatrico autorizzato per l'odontoiatria e la protesi dentaria e (per il Piano MOSAIC limitatamente a quelli convenzionati in forma diretta), seppur eseguiti da medico chirurgo specializzato in chirurgia oro-maxillo-facciale, si farà riferimento a quanto previsto nella sezione Odontoiatria, se rientrante tra le prestazioni previste dal Fondo e/o dal proprio Piano Sanitario.

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

56366	559	BIOPSIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI	
57481	560	ARTROCENTESI TEMPORO MANDIBOLARE CON O SENZA INTRODUZIONE DI MEDICAMENTO, INDIPENDENTEMENTE SE MONO O BILATERALE	Rimborsabili massimo 3 sedute l'anno (1 gennaio - 31 dicembre).
57498	561	ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONI SOLIDE E/O CISTICHE BENIGNE SUPERFICIALI O PROFONDE DELLA LINGUA O DEL CAVO ORALE	
57506	562	BIOPSIA O ASPORTAZIONE DI TUMORI SUPERFICIALI NON CUTANEI	
40774	563	CALCOLO SALIVARE, ASPORTAZIONE DI	
57514	564	CATERISMO DEL DOTTO SALIVARE	
40675	565	CISTI DEL MASCELLARE, OPERAZIONE PER	
56374	566	CISTI E FISTOLE DELLE GHIANDOLE SALIVARI, INCISIONE E/O DRENAGGIO	
40527	567	CONDILECTOMIA CON CONDILOPLASTICA PER ANCHIOSI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, MONOLATERALE	
46334	568	CONDILECTOMIA CON CONDILOPLASTICA PER ANCHIOSI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, BILATERALE	
46342	569	CORPI ESTRANEI PROFONDI DI TESSUTI MOLLI, CAVITÀ ORALE E/O FACCIA, ASPORTAZIONE DI	
46359	570	CORPI ESTRANEI SUPERFICIALI DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE E/O DELLA FACCIA, ASPORTAZIONE DI	
57522	571	DACRIOCISTORINOSTOMIA O INTUBAZIONE	
57530	572	DISFUNZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, TERAPIA CHIRURGICA PER	
46367	573	ESITI LABIALI DI LABIOPALATOSCHISI	
46375	574	ESITI NASALI DI LABIOPALATOSCHISI	
57549	575	EXENTERATIO ORBITAE	
40717	576	FISTOLA DEL DOTTO DI STENONE, INTERVENTO PER	

46391	577	FISTOLA ORO-NASALE E/O MASCELLARE	
56382	578	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER	
40543	579	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI	
57557	580	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI	
46672	581	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)	
40519	582	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE	
40626	583	FRENULOTOMIA CON FRENULOPLASTICA SUPERIORE ED INFERIORE	
40857	584	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER INFIAMMAZIONI CRONICHE O NEOPLASIE BENIGNE	
57565	585	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNI, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA	
57606	586	INTERVENTO DI AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DELLA CRESTA ALVEOLARE DI MANDIBOLA O MASCELLARE SUPERIORE CON PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO EXTRAORALE ED INNESTO, COMPRESO EVENTUALE INSERIMENTO DI QUALSIASI MATERIALE DI INNESTO, COMPRESA EVENTUALE ALTRA EQUIPE CHIRURGICA. TRATTAMENTO COMPLETO IN STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA PER DAY SURGERY O RICOVERO NOTTURNO, ESEGUITO DA SPECIALISTA IN CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE - PER EMIARCATA.	
57614	587	INTERVENTO DI PICCOLO O GRANDE RIALZO DEL SENO MASCELLARE (TRATTAMENTO COMPLETO) CON PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO EXTRAORALE ED INNESTO, COMPRESO EVENTUALE INSERIMENTO DI QUALSIASI MATERIALE DA INNESTO; COMPRESA EVENTUALE ALTRA EQUIPE CHIRURGICA. TRATTAMENTO COMPLETO IN STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA PER DAY SURGERY O RICOVERO NOTTURNO, ESEGUITO DA SPECIALISTA IN CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE - PER EMIARCATA.	
46680	588	LABIOALVEOLOSCISI MONOLATERALE	
46698	589	LABIOALVEOLOSCISI BILATERALE	
46789	590	LINFOANGIOMA CISTICO DEL COLLO, ASPORTAZIONE PER	
46854	591	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE	
46797	592	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE	
40576	593	LINGUA, AMPUTAZIONE PARZIALE PER TUMORI BENIGNI, ANGIOMI, MACROGLOSSIA	
57573	594	LUSSAZIONE MANDIBOLARE, RIDUZIONE MANUALE DI	
40535	595	LUSSAZIONE MANDIBOLARE, TERAPIA CHIRURGICA PER	
46862	596	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
40691	597	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE	

56390	598	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE	
40667	599	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL	
56408	600	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL	
40709	601	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO	
46888	602	NEOFORMAZIONI ENDOSSEE DI GRANDI DIMENSIONI, EXERESI DI	
46896	603	NEOFORMAZIONI ENDOSSEE DI PICCOLE DIMENSIONI (OSTEOMI, CEMENTOMI, ODONTOMI, TORUS PALATINO E MANDIBOLARE), EXERESI DI	
40600	604	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI	
46904	605	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI	
46912	606	NEOPLASIE MALIGNI LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI	
57581	607	ORBITA, INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE PER VIA INFERIORE MONOLATERALE	
57598	608	ORBITA, INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE PER VIA INFERIORE BILATERALE	
20248	609	OSTEITI CIRCOSCRITTE DEI MASCELLARI, TRATTAMENTO DI	
46920	610	PALATOSCHISI ANTERIORI, POSTERIORI DEL PALATO MOLLE	
46615	611	PALATOSCHISI TOTALE	
46938	612	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER	
40733	613	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE	
40741	614	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE	
46961	615	RICOSTRUZIONE CON INNESTI OSSEI DEI MASCELLARI CON PRELIEVO DI OSSO EXTRAORALE	
46979	616	RICOSTRUZIONE CON MATERIALI ALLOPLASTICI O CON PROTESI DEI MASCELLARI	
56416	617	RICOSTRUZIONI CON LEMBI MUCOSI	
56424	618	RICOSTRUZIONI CON LEMBI MUSCOLARI	
56432	619	RICOSTRUZIONI CON LEMBI OSTEOMUSCOLARI	
56440	620	RICOSTRUZIONI CON LEMBI RIVASCOLARIZZATI	
59265	621	SCIALECTOMIA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
59273	622	SCIALECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
40683	623	SENO MASCELLARE, APERTURA PER PROCESSO ALVEOLARE (TRATTAMENTO COMPLETO) O RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI MASCELLARI	
Chirurgia Pediatrica			

Per voci mancanti in Chirurgia pediatrica: vedi anche le altre branche chirurgiche. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Si ricorda, ancora una volta, come anche per tutte le prestazioni del presente Nomenclatore Base, che le prestazioni sono riconosciute dal FasiOpen solo ed esclusivamente se rientranti nelle singole Garanzie del proprio Piano Sanitario alle condizioni e limiti economici da questi esposti.

46185	624	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS	
46102	625	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE	
46086	626	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE	
46094	627	ATRESIA DELL'ANO: OPERAZIONE PERINEALE	
46995	628	ATRESIE VIE BILIARI, ESPLORAZIONI	
45815	629	CEFALOEMATOMA, ASPIRAZIONE DI	
47001	630	CISTI DELL'INTESTINO ANTERIORE (ENTEROGENE E BRONCOGENE), INTERVENTO PER	
45823	631	CRANIO BIFIDO CON MENINGOCELE	
45831	632	CRANIO BIFIDO CON MENINGOENCEFALOCELE	
45849	633	CRANIOSTENOSI	
46136	634	DILATAZIONE PER STENOSI CONGENITA DELL'ANO	
45997	635	ERNIA DIAFRAMMATICA DI BOCHDALEK	
46003	636	ERNIA DIAFRAMMATICA DI MORGAGNI	
45955	637	ESOFAGO (TRATTAMENTO COMPLETO), ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'	
46243	638	ESONFALO O GASTROSCHISI	
46276	639	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE	
46284	640	GRANULOMA OMBELICALE, CAUTERIZZAZIONE	
47126	641	NEUROBLASTOMA ADDOMINALE	
47134	642	NEUROBLASTOMA ENDOTORACICO	
47142	643	NEUROBLASTOMA PELVICO	
47159	644	OCCLUSIONE INTESTINALE DEL NEONATO, ATRESIE (NECESSITÀ DI ANASTOMOSI)	
47167	645	OCCLUSIONE INTESTINALE DEL NEONATO, CON RESEZIONE INTESTINALE	
47175	646	OCCLUSIONE INTESTINALE DEL NEONATO, SENZA RESEZIONE INTESTINALE	
46045	647	OCCLUSIONE INTESTINALE DEL NEONATO-ILEOMECONIALE: ILEOSTOMIA SEMPLICE	
46060	648	OCCLUSIONE INTESTINALE DEL NEONATO-ILEOMECONIALE: RESEZIONE CON ANASTOMOSI PRIMITIVA	
46052	649	OCCLUSIONE INTESTINALE DEL NEONATO-ILEOMECONIALE: RESEZIONE SECONDO MICKULICZ	
45989	650	PILORO, STENOSI CONGENITA DEL	
46144	651	PLASTICA DELL'ANO PER STENOSI CONGENITA	
45914	652	PLESSO BRACHIALE, NEUROLISI PER PARALISI OSTETRICA DEL	

46318	653	PREPARAZIONE DI VENA PER FLEBOCLISI E TRASFUSIONE	
46110	654	RETTO, PROLASSO CON CERCHIAGGIO ANALE DEL	
46128	655	RETTO, PROLASSO CON OPERAZIONE ADDOMINALE DEL	
46193	656	SPINA BIFIDA: MENINGOCELE	
46201	657	SPINA BIFIDA: MIELOMENINGOCELE	
46151	658	TERATOMA SACROCOCCIGEO	

Chirurgia plastica ricostruttiva

Indipendentemente dal Piano Sanitario, non sono rimborsabili gli interventi eseguiti per finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetica pur se le voci risultano esposte nella presente sezione.

Tutti i compensi degli interventi di chirurgia demolitiva sono comprensivi della contestuale ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). Se la ricostruzione plastica mammaria (sempre esclusa protesi) viene eseguita in ricovero successivo, potranno essere riconosciuti i codici di ricostruzione mammaria (in rapporto alla tipologia di intervento eseguito precedentemente) qui esplicitati oppure presenti nella branca di Chirurgia della mammella. Le procedure di chirurgia conservativa non comprendono gli interventi della ricostruzione plastica mammaria se non esposta nel codice stesso.

S'intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi s'intendono le neoformazioni sottofasciali. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, qualora previsti dalle Garanzie del singolo Piano Sanitario ed indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Per quanto riferito alle asportazioni chirurgiche di cheloidi o cicatrici, è vincolante, ai fini del rimborso, la presentazione del referto di Pronto Soccorso, se conseguenti a eventi traumatici pregressi, o di verbale di sala operatoria, se conseguenti ad atti chirurgici che comportino una limitazione funzionale. Il FasiOpen, in ogni caso, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per eventuali asportazioni di neoformazioni benigne, pertanto, come riportato nelle Avvertenze e nelle premesse della presente Sezione, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse.

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

Quanto indicato s'intende per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (qualsiasi strumentazione/apparecchiatura).

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

Per le voci mancanti in Chirurgia plastica ricostruttiva vedi anche in Chirurgia dermatologica (per le quali valgono le medesime precisazioni).

46417	659	ALLESTIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	
47191	660	EMANGIOMI INFANTILI DEL VISO DI PICCOLE DIMENSIONI (MENO DI CM. 4), INTERVENTO CHIRURGICO PER	
47183	661	EMANGIOMI INFANTILI DEL VISO DI GRANDI DIMENSIONI (DA CM. 4 IN POI), INTERVENTO CHIRURGICO PER	
47209	662	EMANGIOMI INFANTILI DI TRONCO E ARTI DI PICCOLE/MEDIE DIMENSIONI (MENO DI CM. 7), INTERVENTO CHIRURGICO PER	
46524	663	EMANGIOMI INFANTILI DI TRONCO E ARTI DI GRANDI DIMENSIONI (DA CM. 7 IN POI), INTERVENTO CHIRURGICO PER	
46755	664	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER	
47399	665	CHELOIDI DI PICCOLE DIMENSIONI, ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI	Obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento
46490	666	CHELOIDI DI GRANDI DIMENSIONI, ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI	Obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento
47407	667	CICATRICI DEL TRONCO O DEGLI ARTI DI PICCOLE DIMENSIONI, CORREZIONE CHIRURGICA DI	Obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento
46771	668	CICATRICI DEL TRONCO O DEGLI ARTI DI GRANDI DIMENSIONI, CORREZIONE CHIRURGICA DI	Obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento
47597	669	CICATRICI DEL VISO DI PICCOLE DIMENSIONI, CORREZIONE CHIRURGICA DI	Obbligo di presentazione della foto pre e post

			trattamento
46516	670	CICATRICI DEL VISO DI GRANDI DIMENSIONI, CORREZIONE CHIRURGICA DI	Obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento
56457	671	ESPANSIONE TISSUTALE DI ESITI CICATRIZIALI POST-CHIRURGIA DEMOLITIVA PER INTRODUZIONE DI PROTESI MAMMARIA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
46722	672	GINECOMASTIA MONOLATERALE	
47605	673	GINECOMASTIA BILATERALE	
47613	674	INIEZIONE INTRACHELOIDEA DI FARMACI (UNICAMENTE CORTISONE, ANTIBIOTICI, ANTINFIAMMATORI)	
47621	675	INNESTI COMPOSITI	
46441	676	INNESTO DERMO EPIDERMICO O DERMO ADIPOSO O CUTANEO LIBERO O DI MUCOSA	
46466	677	INNESTO DI FASCIA LATA O DI MUSCOLO	
47639	678	INNESTO DI NERVO O DI TENDINE	
46458	679	INNESTO OSSEO O CARTILAGINEO	
47647	680	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA	
46573	681	MALFORMAZIONI DELLE LABBRA (TRATTAMENTO COMPLETO), PLASTICA RICOSTRUTTIVA DELLE	
46714	682	MALFORMAZIONE DELL'AREOLA E DEL CAPEZZOLO, INTERVENTO PER O RICOSTRUZIONE DEL CAPEZZOLO DOPO CHIRURGIA ONCOLOGICA	
46805	683	MALFORMAZIONE SEMPLICE DELLE MANI O DEI PIEDI (SINDATTILIA, POLIDATTILIA)	
47654	684	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI O DEI PIEDI (TRATTAMENTO COMPLETO)	
47662	685	MODELLAMENTO DI LEMBO IN SITU	
46623	686	PADIGLIONE AURICOLARE, PLASTICA RICOSTRUTTIVA DEL	Non applicabile in caso di lobo bifido o schisi del lobo
47670	687	PLASTICA V/Y, Y/V (SALVO I CASI DESCRITTI)	
46433	688	PLASTICA A Z DEL VOLTO	
47688	689	PLASTICA A Z IN ALTRA SEDE (SALVO I CASI DESCRITTI)	
46839	690	RETRAZIONE CICATRIZIALE DELLE DITA SENZA INNESTO	
46847	691	RETRAZIONE CICATRIZIALE DELLE DITA CON INNESTO	
47696	692	RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON INTRODUZIONE DI PROTESI, COMPRESO EVENTUALE LEMBO MUSCOLARE	Esclusa protesi
46730	693	RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA O QUADRANTECTOMIA CON INTRODUZIONE DI PROTESI, COMPRESO EVENTUALE LEMBO MUSCOLARE	Esclusa protesi
46748	694	RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA RADICALE CON INTRODUZIONE DI PROTESI, COMPRESO EVENTUALE LEMBO MUSCOLARE	Esclusa protesi
56465	695	RIMOZIONE ED EVENTUALE SOSTITUZIONE DI PROTESI MAMMARIA IMPIANTATA IN PRECEDENTE INTERVENTO CHIRURGICO DI MASTECTOMIA O QUADRANTECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	Esclusa protesi
46482	696	RIPARAZIONE DI P.S.C. CON LEMBO CUTANEO DI ROTAZIONE	Per riparazioni =< a 5 cm

		O DI SCORRIMENTO DI PICCOLE DIMENSIONI	
47704	697	RIPARAZIONE DI P.S.C. CON LEMBO CUTANEO DI ROTAZIONE O DI SCORRIMENTO DI GRANDI DIMENSIONI	Per riparazioni > a 5 cm
47837	698	RIPARAZIONE DI P.S.C. CON LEMBO FASCIOCUTANEO	
47845	699	RIPARAZIONE DI P.S.C. CON LEMBO MIOFASCIOCUTANEO	
46508	700	RIPARAZIONE DI P.S.C. O DI ESITI CICATRIZIALI MEDIANTE ESPANSIONE TISSUTALE (QUALSIASI PARTE ANATOMICA)	
46763	701	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI	
48587	702	TOILETTE DI USTIONI DI PICCOLE ESTENSIONI	Per estensioni =< a 5 cm
48579	703	TOILETTE DI USTIONI DI GRANDI ESTENSIONI	Per estensioni > a 5 cm
48595	704	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE	
46425	705	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	
57622	706	TUMORE SUPERFICIALE MALIGNO CUTANEO DI TRONCO/ARTI, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
57630	707	TUMORE SUPERFICIALE O SOTTOCUTANEO BENIGNO O CISTI O LIPOMI TRONCO/ARTI, VERRUCHE, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
48603	708	TUMORE PROFONDO MALIGNO CUTANEO DELLA TESTA, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
57649	709	TUMORE PROFONDO MALIGNO CUTANEO DI TRONCO/ARTI, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
40550	710	TUMORE SUPERFICIALE MALIGNO CUTANEO DELLA TESTA, INTERVENTO CHIRURGICO PER	
48660	711	TUMORE SUPERFICIALE O CISTI BENIGNA DELLA TESTA, INTERVENTO CHIRURGICO PER	

Chirurgia toraco - polmonare

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale, pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

43117	712	AGOBIOPSIA PLEURICA/PUNTURA ESPLORATIVA	
43208	713	ASCESSI, INTERVENTI PER	Comprese eventuale linfadenectomie e/o biopsia. Escluso esame istologico
48678	714	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	
48686	715	BIOPSIA LATERO-CERVICALE	
59281	716	BIOPSIA POLMONARE	
48694	717	BIOPSIA SOPRACLAVEARE	
43414	718	BRONCOINSTILLAZIONE ENDOSCOPICA	
43281	719	CISTI (ECHINOCOCCO OD ALTRE DI QUALSIASI NATURA), ASPORTAZIONE DI	
43323	720	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI	
48702	721	DRENAGGI DI MEDIASTINITI ACUTE O CRONICHE O DI ASCESSI	

48827	722	DRENAGGIO PLEURICO PER QUALSIASI VERSAMENTO COMPRESA TORACENTESI	
43638	723	DRENAGGIO PLEURICO PER PNEUMOTORACE TRAUMATICO	
43620	724	DRENAGGIO PLEURICO PER PNEUMOTORACE SPONTANEO	
48835	725	ENFISEMA BOLLOSO, INTERVENTO PER (QUALSIASI TECNICA - QUALSIASI APPARECCHIATURA/STRUMENTAZIONE)	
59298	726	FENESTRAZIONE PERICARDICA	
48843	727	ERNIE DIAFRAMMATICHE TRAUMATICHE	
43448	728	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI	
43430	729	FERITA TORACO-ADDOMINALE SENZA LESIONI VISCERALI	
43265	730	FERITE CON LESIONI VISCERALI DEL TORACE	
43356	731	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER	
48850	732	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI E/O ESOFAGO-TRACHEALI, INTERVENTI DI	
48868	733	FRATTURE COSTALI O STERNALI, TRATTAMENTO CHIRURGICO	
48876	734	FRATTURE COSTALI O STERNALI, TRATTAMENTO CONSERVATIVO	
43133	735	INSTILLAZIONE MEDICAMENTOSA ENDOPLEURICA ISOLATA	
48884	736	LAVAGGIO BRONCO ALVEOLARE ENDOSCOPICO	
43125	737	LAVAGGIO PLEURICO	
59306	738	LEGATURA DEL DOTTO TORACICO	
48892	739	LEMBO MOBILE DEL TORACE, TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL (FLYIN CHEST)	
43224	740	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)	
43190	741	MEDIASTINOSCOPIA DIAGNOSTICA	
48918	742	MEDIASTINOSCOPIA OPERATIVA	
48926	743	NEOFORMAZIONI BENIGNE COSTALI LOCALIZZATE	
43422	744	NEOFORMAZIONI BENIGNE DEL DIAFRAMMA	
48934	745	NEOFORMAZIONI BENIGNE DELLA TRACHEA	
48942	746	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	Escluso esame istologico
59314	747	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
48959	748	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	Escluso esame istologico
43216	749	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	Escluso esame istologico
43174	750	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	Escluso esame istologico
43331	751	PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	Escluso esame istologico
43166	752	PLEUROTOMIA E DRENAGGIO (CON RESEZIONE DI UNA O PIU' COSTE), INTERVENTO DI	
43315	753	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)	Escluso esame istologico

57657	754	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE	
43240	755	PUNTATO STERNALE O MIDOLLARE	
43257	756	PUNTURA ESPLORATIVA DEL POLMONE	
48967	757	RELAXATIO DIAFRAMMATICA	
43364	758	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO	
43158	759	RESEZIONE DI COSTA SOPRANUMERARIA	
43307	760	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESSE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)	
48975	761	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESSE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)	
48983	762	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESSE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)	
59322	763	RE-TORACOTOMIA PER EMOSTASI	
48991	764	SINDROMI STRETTO TORACICO SUPERIORE	
56904	765	TALCAGGIO PLEURICO, QUALSIASI METODICA	
43455	766	TIMECTOMIA	
43182	767	TORACE CARENATO O ESCAVATO, TRATTAMENTO CHIRURGICO CORRETTIVO	
43141	768	TORACENTESI (CON O SENZA SOMMINISTRAZIONE ENDOCAVITARIA DI FARMACI)	
43596	769	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO	
43604	770	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO	
43513	771	TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA (COME UNICO INTERVENTO)	
59330	772	TORACOSCOPIA OPERATIVA COMPRESSE EVENTUALI BIOPSIE E PLEURODESI	Escluso esame istologico
43299	773	TORACOTOMIA ESPLORATIVA COMPRESSE BIOPSIE (COME UNICO INTERVENTO)	Escluso esame istologico
43398	774	TRACHEO-BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA CON EVENTUALE AUTOFLUORESCENZA	
43406	775	TRACHEO-BRONCOSCOPIA OPERATIVA	
49007	776	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI DI ESPILANTO ED IMPIANTO)	

Chirurgia Vascolare

Quanto indicato si intende per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica, strumentazione/apparecchiatura. Eventuali stand by (qualsiasi tipologia) di operatori e/o di sale sono identificati da appositi codici da sommare alle rispettive procedure ove non diversamente specificato

45385	777	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA PIÙ DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)	
45229	778	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)	
59349	779	ANEURISMI ARTERIE VISCERALI, EMBOLIZZAZIONE	
45278	780	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEI, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)	

49072	781	ANGIOPLASTICA DI ARTERIE VISCERALI (COME UNICO INTERVENTO)	
40204	782	APPLICAZIONE DI STENT, QUALSIASI DISTRETTO ANATOMICO, QUALSIASI NUMERO SALVO I CASI DESCRITTI OVE È GIÀ COMPRESA NELLA VOCE STESSA	Applicabile in caso di stent su arterie diverse. Escluso stents
40436	783	SECONDA APPLICAZIONE DI STENT SULLA STESSA ARTERIA	Escluso stents
49098	785	BYPASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO	
45351	786	BYPASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE	
45369	787	BYPASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE	
45336	788	BYPASS ARTERIE PERIFERICHE: FEMORO-TIBIALI, AXILLO-FEMORALE, FEMORO-FEMORALE, FEMORO-POPLITEO	
59357	789	BYPASS (AUTOLOGO O ETEROLOGO) VENO-VENOSO ARTI INFERIORI PER OSTRUZIONI VENOSE CRONICHE PROFONDE	
45534	790	ELEFANTIASI DEGLI ARTI (ANASTOMOSI LINFATICO - VENOSE)	
45393	791	EMBOLECTOMIA E/O TROMBECTOMIA ARTERIOSA O VENE PROFONDE, SALVO I CASI DESCRITTI	
49106	792	FASCIOTOMIA DECOMPRESSIVA	
45476	793	LEGATURA DI VENE COMUNICANTI (COME UNICO INTERVENTO)	
45435	794	LEGATURA E/O SUTURA DI GROSSI VASI: AORTA-CAVA-ILIACA-CAROTIDE-VERTEBRALE-SUCCLAVIA-ANONIMA	
45245	795	LEGATURA E/O SUTURA DI MEDI VASI: FEMORALE-POPLITEA-OMERALE-MAMMARIA INTERNA-BRACHIALE-ASCELLARE-GLUTEA	
45211	796	LEGATURA E/O SUTURA DI PICCOLI VASI: TIBIALI-LINGUALE-TIROIDEA-MASCELLARE-TEMPORALE-FACCIALE-RADIALE-CUBITALI-ARCATE PALMARI/PEDIDIE - INGUINALI-PERINEALI	
45302	797	PSEUDOANEURISMI POST-TRAUMATICI O IATROGENI	
56473	798	RIVASCULARIZZAZIONE DI ARTO O DI SUO SEGMENTO (COME UNICO INTERVENTO)	
58668	6200	SAFENECTOMIA DELLA GRANDE E/O DELLA PICCOLA SAFENA, TOTALE O PARZIALE E VARICECTOMIA E TROMBECTOMIA ED EVENTUALE LEGATURA DELLE VENE COMUNICANTI BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
58684	6202	SAFENECTOMIA DELLA GRANDE E/O DELLA PICCOLA SAFENA, TOTALE O PARZIALE E VARICECTOMIA E TROMBECTOMIA ED EVENTUALE LEGATURA DELLE VENE COMUNICANTI MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49874	801	SINDROMI NEUROVASCOLARI DEGLI ARTI INFERIORI	
57665	802	SOSTITUZIONE VENOSA CON PROTESI OMOLOGA O ETEROLOGA DI VENA PROFONDA ARTO INFERIORE	
59365	803	STANDBY CARDIOCHIRURGICO (PRESENZA INTERA EQUIPE), SALVO I CASI DESCRITTI IN CUI IL COMPENSO È COMPRESO NELLE TARIFFE ESPOSTE	
59373	804	TRATTAMENTO CON ENDOPROTESI VASCOLARE DI ANEURISMI AORTA ADDOMINALE	
59381	805	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA	
57673	806	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI DELL'ARTERIA ILIACA	
57681	807	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI ARTERIA ILIACA COMUNE ED EMBOLIZZAZIONE ARTERIA IPOGASTRICA	
45401	808	TROMBECTOMIA VENOSA SUPERFICIALE (COME UNICO INTERVENTO)	
45682	809	TROMBOENDOARTERIECTOMIA AORTO-ILIACA ED EVENTUALE PLASTICA VASALE	

45328	810	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E BYPASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI	
49882	811	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI	
49890	812	TROMBOENDOARTERIECTOMIA CON PATCH ARTERIA FEMORALE	
49908	813	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)	
57698	814	VALVULOPLASTICA DELLA CROSS SAFENO-FEMORALE CON O SENZA PATCH COMPRESO DOPPLER INTRAOPERATORIO	
57706	815	VALVULOPLASTICA PER INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA PROFONDA ARTI INFERIORI MONOLATERALE	
57714	816	VALVULOPLASTICA PER INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA PROFONDA ARTI INFERIORI BILATERALE	
49973	817	VARICECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
49981	818	VARICECTOMIA CON LEGATURA DI VENE COMUNICANTI (COME UNICO INTERVENTO)	
45526	819	VARICI RECIDIVE	

Gastroenterologia (diagnostica - atti invasivi)

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati, qualora rientranti nelle Garanzie del singolo Piano Sanitario, s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Anoscopia e proctoscopia sono comprese nella visita.

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

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

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

Le procedure di Esofagogastroduodenoscopia (diagnostica ed operativa) e Pancolonscopia (diagnostica ed operativa), qualora previste nelle Garanzie del singolo Piano Sanitario e nei limiti e condizioni da questi esposti, sono riconosciute esclusivamente nella modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le voci/codici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Si ricorda alle Strutture Sanitarie convenzionate che non è possibile inoltrare la richiesta di rimborso per una procedura concomitante (qualsiasi) in assenza di un contestuale intervento di procedura principale.

51102	820	BIOPSIA DIGIUNALE SOTTO SCOPIA CON CAPSULA A SUZIONE	
59157	821	CISTO-GASTROSTOMIA O CISTO-DUODENOSTOMIA ENDOSCOPICA	
59398	822	DILATAZIONE GRADUALE DEL COLON (TRATTAMENTO COMPLETO)	
42069	823	DILATAZIONE GRADUALE DEL RETTO (PER SEDUTA)	
57722	824	DIGIUNOILEOSCOPIA	
57730	825	DILATAZIONE GRADUALE DELL'ANO (PER SEDUTA)	
59406	826	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE	
59414	827	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO	
59422	828	ECOENDOSCOPIA BILIO-PANCREATICA (COMPRESSE EVENTUALI BIOPSIE)	Escluso esame istologico
57749	829	EMOSTASI ENDOSCOPICA DI LESIONI NON VARICOSE ESOFAGOGASTRICHE	
57757	830	EMOSTASI E/O SCLEROSI ENDOSCOPICA DI LESIONE	

		VARICOSE ESOFAGOGASTRICHE (QUALSIASI TECNICA, QUALSIASI APPARECCHIATURE/STRUMENTAZIONI)	
57765	831	ENTEROSCOPIA CON VIDEOCAPSULA	
41319	832	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO DI SONDA DI DILATAZIONE (PRIMA SEDUTA)	
41327	833	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO SONDA DI DILATAZIONE (SEDUTE SUCCESSIVE)	
56499	836	IDROCOLONTERAPIA A SEDUTA	Rimborsabili massimo 4 sedute anno (1 gennaio - 31 dicembre)
51433	837	MANOMETRIA ANO-RETTALE	
51441	838	MANOMETRIA DEL COLON	
51458	839	MANOMETRIA ESOFAGEA O GASTROESOFAGEA	
51466	840	MANOMETRIA GASTRICA	
51474	843	PH MANOMETRIA AMBULATORIALE CON REGISTRAZIONE 24 ORE	
51482	844	PHMETRIA ESOFAGEA	
57773	845	POSIZIONAMENTO DI PEG (GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA)	
42028	846	RETTOSCOPIA DIAGNOSTICA CON STRUMENTO RIGIDO	
42036	847	RETTOSIGMOIDOSCOPIA OPERATIVA (COMPRESSE POLIPECTOMIE) O FOTOCOAGULAZIONE CON LASER	
42044	848	RETTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE (COMPRESSE BIOPSIE)	
57781	849	RIMOZIONE E/O SOSTITUZIONE DI PEG (GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA)	
72942	850	SONDAGGIO DUODENALE	
72959	851	SONDAGGIO GASTRICO	
51508	852	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO CON PROVE DI STIMOLAZIONE	Compreso prove di stimolazione
57798	855	TRATTAMENTO ENDOSCOPICO PER REFLUSSO GASTROESOFAGEO	
59430	856	VARICI ESOFAGEE O ESOFAGO GASTRICHE, LEGATURA ENDOSCOPICA	
56275	857	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI ENDOSCOPICA)	
46533	6587	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (COMPRESSE BIOPSIE) ED EVENTUALE TEST RAPIDO H. PYLORI (PROCEDURA CONCOMITANTE AD ALTRA PRINCIPALE)	Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale. Escluso esame istologico
46534	6588	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA (PROCEDURA CONCOMITANTE AD ALTRA PRINCIPALE) PER: POLIPECTOMIE, INTRODUZIONE DI PROTESI, RIMOZIONE DI CORPI ESTRANEI, ARGON LASER, ETC.	Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale. Escluso esame istologico
46535	6589	PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE (COMPRESSE BIOPSIE) ED EVENTUALE ILEOSCOPIA (PROCEDURA CONCOMITANTE AD ALTRA PRINCIPALE)	Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale. Escluso esame istologico
46536	6590	PANCOLONSCOPIA OPERATIVA COMPRESSE POLIPECTOMIE RETTO-COLICHE, RIMOZIONE DI CORPI ESTRANEI, EMOSTASI DI LESIONI NON VARICOSE (PROCEDURA CONCOMITANTE AD ALTRA PRINCIPALE)	Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale. Escluso esame istologico

Ginecologia

Tutti gli interventi chirurgici sottoelencati, qualora rientranti nelle Garanzie del singolo Piano Sanitario, s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

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

51680	858	ADESIOLISI (COME UNICO INTERVENTO)	
56912	859	ADESIOLISI (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
51698	860	AGOBIOPSIE/AGOASPIRATI PARTI ANATOMICHE PROFONDE	
51706	861	ANNESSI MONOLATERALI, INTERVENTI CONSERVATIVI SUGLI	
51870	862	ANNESSI BILATERALI, INTERVENTI CONSERVATIVI SUGLI	
50757	863	ANNESSI MONOLATERALI, INTERVENTI DEMOLITIVI SUGLI	
50765	864	ANNESSI BILATERALI, INTERVENTI DEMOLITIVI SUGLI	
50518	865	ASCESSI DELLE GHIANDOLE VULVARI O CISTI GHIANDOLA BARTOLINI, INCISIONE E DRENAGGIO DI	
51888	866	ASCESSI O DIVERTICOLI O CISTI PARAURETRALI (COMPRESA GHIANDOLA DEL BARTOLINI), TRATTAMENTO CHIRURGICO PER	
51896	867	ASCESSO PELVICO, TRATTAMENTO CHIRURGICO PER	
56920	868	BIOPSIA DELLA PORTIO, ENDOMETRIO (COME UNICO INTERVENTO)	Compresa eventuale puntura esplorativa e/o guida colposcopica
51003	869	BIOPSIA DELLA VULVA, VAGINA	Compresa eventuale puntura esplorativa e/o guida colposcopica
50831	870	CISTI OVARICA INTRALEGAMENTOSA, ASPORTAZIONE DI	
51904	871	CISTI VAGINALE, ASPORTAZIONE DI	
50609	872	COLPOPERINEORRAFIA PER LACERAZIONI PERINEALI (COME UNICO INTERVENTO)	
50617	873	COLPOPERINEORRAFIA PER LACERAZIONI PERINEALI INTERESSANTI IL RETTO	
51029	874	COLPOSCOPIA COMPRESA VULVOSCOPIA (ESAME COMPLETO)	
50898	875	COLPOTOMIA E SVUOTAMENTO DI RACCOLTE EMATICHE E PURULENTE	
59449	876	CONDILOMI ACUMINATI PERINEALI-ANALI E/O VAGINALI, INTERVENTO CHIRURGICO PER (QUALSIASI TECNICA, TRATTAMENTO COMPLETO)	Indipendentemente dal numero
50534	877	CONIZZAZIONE E TRACHELOPLASTICA	
50930	878	DIATERMOCOAGULAZIONE DELLA PORTIO UTERINA O VULVA	
50815	879	EVISCERAZIONE PELVICA	
50674	880	FISTOLE URETEROVAGINALI, INTERVENTO PER (QUALSIASI TECNICA)	
59457	881	FISTOLE URETROVAGINALI, INTERVENTO PER (QUALSIASI TECNICA)	
56507	882	FISTOLE VESCICOVAGINALI O RETTOVAGINALI, INTERVENTO PER	

50641	883	IMENOTOMIA-IMENECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
50625	884	INCONTINENZA URINARIA IN DONNA, INTERVENTO PER VIA VAGINALE O ADDOMINALE	
50807	885	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE	Per eventuale annessiectomia fare riferimento ai codici 863 oppure 864. Applicabile anche ai casi di tecnica laparoscopica
50708	886	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE SENZA LINFOADENECTOMIA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE	Per eventuale annessiectomia fare riferimento ai codici 863 oppure 864. Applicabile anche ai casi di tecnica laparoscopica
50724	887	ISTERECTOMIA TOTALE SEMPLICE CON O SENZA ANNESSIECTOMIA MONO/BILATERALE PER VIA LAPAROTOMICA O PER VIA VAGINALE, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE	
50906	888	ISTEROPESSI	
51045	889	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALI BIOPSIE (COME UNICO ESAME)	Escluso esame istologico
52050	890	ISTEROSCOPIA OPERATIVA: ABLAZIONE ENDOMETRIALE, INTERVENTO PER	
52068	891	ISTEROSCOPIA OPERATIVA: CORPI ESTRANEI, RIMOZIONE DI	
50880	892	ISTEROSCOPIA OPERATIVA: SINECHIE-SETTI-FIBROMI-POLIPI, INTERVENTO PER	
52076	893	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA E/O SALPINGOCROMOSCOPIA COMPRESA EVENTUALI BIOPSIE (COME UNICO INTERVENTO)	Escluso esame istologico
57806	894	LAPAROSCOPIA OPERATIVA CON ABLAZIONE DI CISTI ENDOMETRIOSICHE O ALTRO, LASERVAPORIZZAZIONE FOCOLAI ENDOMETRIOSICI, LISI, SINECHIE ETC.	
52092	895	LAPAROTOMIA ESPLORATIVA CON LINFOADENECTOMIA LOMBO AORTICA PELVICA SELETTIVA E BIOPTICA (COME UNICO INTERVENTO)	Escluso esame istologico
52084	896	LAPAROTOMIA ESPLORATIVA E/O LISI ADERENZE (COME UNICO INTERVENTO)	
51276	897	LAPAROTOMIA PER FERITE E ROTTURE DELL'UTERO	
52134	898	LASERTERAPIA VAGINALE O VULVARE O DELLA PORTIO - A SEDUTA	Rimborsabili massimo 3 sedute l'anno (1 gennaio - 31 dicembre).
57814	899	LEEP (LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE) COMPRESA COLPOSCOPIA	
52142	900	LINFOADENECTOMIA LAPAROTOMICA (COME UNICO INTERVENTO)	
52159	901	METROPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)	
50849	902	MIOMECTOMIE CON O SENZA RICOSTRUZIONE PLASTICA DELL'UTERO (COME UNICO INTERVENTO)	
52175	903	NEOFORMAZIONI DELLA VULVA, ASPORTAZIONE	Compreso eventuale uso del colposcopio
50583	904	PLASTICA CON ALLARGAMENTO DELL'INTROITO (COMPRESO INTERVENTO PER VAGINISMO)	
50567	905	PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E POSTERIORE, INTERVENTO DI (COME UNICO INTERVENTO)	
50542	906	PLASTICA VAGINALE ANTERIORE, INTERVENTO DI (COME UNICO INTERVENTO)	
50559	907	PLASTICA VAGINALE POSTERIORE, INTERVENTO DI (COME UNICO INTERVENTO)	

50914	908	POLIPY CERVICALI, ASPORTAZIONE DI	
52191	909	POLIPY ORIFIZIO URETRALE ESTERNO	
52209	910	PROLASSO CUPOLA VAGINALE O COLPOPESSIA, INTERVENTI PER VIA ADDOMINALE O VAGINALE	
52290	911	PROLASSO MUCOSO ORIFIZIO URETRALE ESTERNO, TRATTAMENTO CHIRURGICO DI	
50682	912	PUNTURA ESPLORATIVA DEL CAVO DEL DOUGLAS	
50922	913	RASCHIAMENTO ENDOUTERINO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO	
50781	914	RESEZIONE OVARICA MONOLATERALE PER PATOLOGIA DISFUNZIONALE	
50799	915	RESEZIONE OVARICA BILATERALE PER PATOLOGIA DISFUNZIONALE	
52308	916	SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	
52381	917	SALPINGECTOMIA BILATERALE	
50989	918	SALPINGOPLASTICA	
52399	919	SETTO VAGINALE, ASPORTAZIONE CHIRURGICA	
52407	920	TRACHELOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)	
52530	921	TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO BILATERALE DI LOCALIZZAZIONI ENDOMETRIOSICHE ADDOMINO-PELVICHE-ANNESSIALI	
52647	922	TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO PER GRAVIDANZA EXTRAUTERINA	
52522	923	TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO MONOLATERALE DI LOCALIZZAZIONI ENDOMETRIOSICHE ADDOMINO-PELVICHE-ANNESSIALI	
52555	924	TRATTAMENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO BILATERALE DI LOCALIZZAZIONI ENDOMETRIOSICHE ADDOMINO-PELVICHE-ANNESSIALI	
51268	925	TRATTAMENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO PER GRAVIDANZA EXTRAUTERINA	
52548	926	TRATTAMENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO MONOLATERALE DI LOCALIZZAZIONI ENDOMETRIOSICHE ADDOMINO-PELVICHE-ANNESSIALI	
50690	927	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER	
52654	928	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER	
52712	929	V.A.B.R.A. A SCOPO DIAGNOSTICO	
50856	930	VULVECTOMIA PARZIALE	
52720	931	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI	
50872	932	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI	
52738	933	VULVECTOMIA SEMPLICE (LOCALE O CUTANEA), INTERVENTO DI	
50864	934	VULVECTOMIA TOTALE	
Neurochirurgia			

Tutti gli interventi chirurgici sottoelencati, qualora rientranti nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari, s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento). Le procedure con tecnica TLIF, XLIF o PLIF vengono riconosciute unicamente con la doppia codifica di Ernia del disco (in base alla localizzazione escluso il codice 962) e di Artrodesi strumentata (in base alla via di accesso). Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale, pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

45088	935	ANASTOMOSI SPINO-FACCIALE E SIMILI	
44479	936	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI	
59465	937	ARTRODESI VERTEBRALI PER VIA ANTERIORE ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	(Artrodesi strumentata). A tratto.
59473	938	ARTRODESI VERTEBRALI PER VIA POSTERIORE ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	(Artrodesi strumentata). A tratto.
59481	939	ARTRODESI VERTEBRALI PER VIA ANTERIORE E POSTERIORE ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	(Artrodesi strumentata). A tratto.
44248	940	ASCESSO O EMATOMA INTRACRANICO, INTERVENTO PER	
59498	941	BIOPSIA VERTEBRALE A CIELO APERTO	
44297	942	CAROTIDE ENDOCRANICA, LEGATURA DELLA	
56938	943	CATETERE EPIDURALE E/O DURALE, IMPIANTO DI	
44206	944	CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE	
44636	945	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI	
44131	946	CORPO ESTRANEO INTRACRANICO, ASPORTAZIONE DI	
44180	947	CRANIOPLASTICA - COMPRESA EVENTUALE RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI	
44172	948	CRANIOTOMIA A SCOPO DECOMPRESSIVO/ESPLORATIVO (COMPRESSE BIOPSIE)	Escluso esame istologico
44156	949	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE	
44164	950	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI	
52746	951	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI	
44289	952	DERIVAZIONE LIQUORALE DIRETTA ED INDIRETTA, INTERVENTO PER	
59506	953	DERIVAZIONE LIQUORALE DIRETTA ED INDIRETTA, INTERVENTO DI REVISIONE PER	
59514	954	EMATOMA SUBDURALE CRONICO MONOLATERALE, INTERVENTO PER	
59522	955	EMATOMA SUBDURALE CRONICO BILATERALE, INTERVENTO PER	
44305	956	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER	
44230	957	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER	

44503	958	ERNIA DEL DISCO DORSALE O LOMBARE COMPRESA EVENTUALE LAMINECTOMIA DECOMPRESSIVA COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	A tratto
57822	959	ERNIA DEL DISCO DORSALE O LOMBARE, INTERVENTO PER RECIDIVA (DI LIVELLO E LATERALITÀ) COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	A tratto
44511	960	ERNIA DEL DISCO DORSALE PER VIA TRANS-TORACICA, COMPRESA UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (TRATTAMENTO COMPLETO) - (COME UNICO INTERVENTO)	
52753	961	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE COMPRESA UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI	A tratto
44529	962	ERNIA DEL DISCO CON ARTRODESI INTERSOMATICA, ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	(con inserimento di solo Cage). A tratto
52803	963	FISTOLA LIQUORALE	
44461	964	FISTOLE ARTERO VENOSE, TERAPIA CHIRURGICA CON LEGATURA VASO AFFERENTE EXTRA CRANICO	
44453	965	FISTOLE ARTERO VENOSE, TERAPIA CHIRURGICA CON LEGATURA VASO AFFERENTE INTRA CRANICO	
44446	966	FISTOLE ARTERO VENOSE, TERAPIA CHIRURGICA PER AGGRESSIONE DIRETTA	
52852	967	GANGLIECTOMIA LOMBARE E SPLANCHNICECTOMIA	
56946	968	IMPIANTO DI STIMOLATORE MIDOLLARE	
44412	969	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE	
44347	970	LAMINECTOMIA ESPLORATIVA, DECOMPRESSIVA E PER INTERVENTI EXTRADURALI (COME UNICO INTERVENTO)	
44354	971	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI	
44362	972	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI	
44438	973	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)	
56515	974	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE	
44313	975	MIELOMENINGOCELE, INTERVENTO PER	
44115	976	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI	
44370	977	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO	
59530	978	NEUROLISI (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
45047	979	NEUROLISI (COME UNICO INTERVENTO)	
45013	980	NEURORRAFIA PRIMARIA (COME UNICO INTERVENTO)	
45054	981	NEUROTOMIA SEMPLICE (COME UNICO INTERVENTO)	
44388	982	NEUROTOMIA RETROGASSERIANA, SEZIONE INTRACRANICA DI ALTRI NERVI (COME UNICO INTERVENTO)	
45096	983	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL	

52878	984	PUNTURA EPIDURALE (SE NON DIVERSAMENTE DESCRITTO O OVE NON COMPRESO)	
44602	985	PUNTURA SOTTOCCIPITALE PER PRELIEVO LIQUORALE O PER INTRODUZIONE DI FARMACI O MEZZO DI CONTRASTO	
44560	986	RACHICENTESI PER QUALSIASI INDICAZIONE	
44537	987	REGISTRAZIONE CONTINUA DELLA PRESSIONE INTRACRANICA	
44545	988	RIZOTOMIE E MICRODECOMPRESSIONI RADICI ENDOCRANICHE	
44263	989	SCHEGGETOMIA E CRANIECTOMIA PER FRATTURA VOLTA CRANICA	
52886	990	SCHEGGETOMIA E CRANIECTOMIA PER FRATTURA VOLTA CRANICA CON PLASTICA	
44842	991	SIMPATICO CERVICALE: ENERVAZIONE OD ASPORTAZIONE DEL SENO CAROTIDEO, INTERVENTO SUL	
44818	992	SIMPATICO CERVICALE: GANGLIECTOMIA, INTERVENTO SUL	
44834	993	SIMPATICO CERVICALE: STELLECTOMIA, INTERVENTO SUL	
44867	994	SIMPATICO DORSALE: GANGLIECTOMIA TORACICA, INTERVENTO SUL	
44875	995	SIMPATICO DORSALE: INTERVENTO ASSOCIATO SUL SIMPATICO TORACICO E SUI NERVI SPLANCNICI	
44891	996	SIMPATICO LOMBARE: GANGLIECTOMIA LOMBARE, INTERVENTO SUL	
44958	997	SIMPATICO LOMBARE: RESEZIONE DEL NERVO PRESACRALE, INTERVENTO SUL	
44925	998	SIMPATICO LOMBARE: SIMPATICECTOMIA PERIARTERIOSA, INTERVENTO SUL	
44933	999	SIMPATICO LOMBARE: SIMPATICECTOMIA POST GANGLIARE, INTERVENTO SUL	
44941	1000	SIMPATICO LOMBARE: SIMPATICO PELVICO, INTERVENTO SUL	
44917	1001	SIMPATICO LOMBARE: SPLANCNICECTOMIA, INTERVENTO SUL	
57830	1002	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI STIMOLATORE MIDOLLARE	
52894	1003	STENOSI VERTEBRALE LOMBARE DI 1 LIVELLO COMPRESA EVENTUALE UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (SALVO I CASI DESCRITTI) COME UNICO INTERVENTO	
57849	1004	STENOSI VERTEBRALE LOMBARE PIÙ LIVELLI COMPRESA EVENTUALE UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (SALVO I CASI DESCRITTI) COME UNICO INTERVENTO	
44644	1005	STEREOTASSI, INTERVENTO DI	
59549	1006	STIMOLATORE CEREBRALE PER MORBO DI PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO, INTERVENTO PER IMPIANTO	
59557	1007	STIMOLATORE CEREBRALE PER MORBO DI PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO, INTERVENTO PER SOSTITUZIONE	
52902	1008	STRAPPAMENTI E BLOCCHI DI TRONCHI PERIFERICI DEL TRIGEMINO E DI ALTRI NERVI CRANICI	
44339	1009	TALAMOTOMIA, PALLIDOTOMIA ED ALTRI INTERVENTI SIMILARI	
44552	1010	TERMORIZOTOMIA DEL TRIGEMINO O ALTRI NERVI CRANICI	
44271	1011	TRAPANAZIONE CRANICA PER PUNTURA E DRENAGGIO VENTRICOLARE	
45039	1012	TRAPIANTI, INNESTI ED ALTRE OPERAZIONI PLASTICHE (COME UNICO INTERVENTO)	

56954	1013	TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE ERNIE DISCALI PER VIA ENDOSCOPICA E/O PERCUTANEA, QUALSIASI TECNICA - QUALSIASI APPARECCHIATURA/STRUMENTAZIONE (OZONO, I.D.E.T, CHEMONUCLEOLISI, LASERDISCECTOMIA ETC.)	A tratto
44495	1014	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER	
52910	1015	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA POSTERIORE, INTERVENTO PER	
44123	1016	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA	
45146	1017	TUMORI DEI NERVI PERIFERICI, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSE LESIONI NERVOSE TRAUMATICHE E NON DELLA MANO E DEL PIEDE)	
44214	1018	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE	
44222	1019	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER	
Oculistica			
<p>Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura, escluso laser (non rimborsabile dal FasiOpen).</p> <p>Gli interventi oculistici eseguiti con laser riconosciuti come rimborsabili, se rientranti nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari, sono unicamente descritti nel paragrafo "Trattamenti laser".</p> <p>Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea, eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, se non esplicitamente indicato nel Nomenclatore e previsto dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario.</p> <p>Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale, pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.</p> <p>Il Fondo, qualora ravvisasse la necessità di ulteriori approfondimenti nell'ambito dei previsti e consueti controlli, si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta. Si invita, pertanto, a provvedere anticipatamente all'esecuzione di fotografie pre e post-intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi (ad esempio le foto pre e post procedura sono obbligatorie per l'intervento di Ptosi palpebrale).</p>			
Orbita			
52928	1020	BIOPSIA ORBITARIA	
46565	1021	CAVITÀ ORBITARIA, PLASTICA PER (COME UNICO INTERVENTO)	
52027	1022	CISTI PROFONDE O NEOPLASIE CONTORNO ORBITA, ASPORTAZIONE DI	
52936	1023	CORPI ESTRANEI ENDOORBITALI, ASPORTAZIONE DI	
52035	1024	EXENTERATIO ORBITAE	
52019	1025	INIEZIONE ENDORBITALE ESCLUSA INIEZIONE INTRAVITREALE PER DEGENERAZIONE MACULARE UMIDA (VEDI RETINA)	
52043	1026	OPERAZIONE DI KRONLEIN OD ORBITOTOMIA	
52944	1027	ORBITA, INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE PER VIA INFERIORE MONOLATERALE	
57857	1028	ORBITA, INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE PER VIA INFERIORE BILATERALE	
Sopracciglio			
52951	1029	CISTI, ASPORTAZIONE DI	
56523	1030	CORPI ESTRANEI, ASPORTAZIONE DI	

46540	1031	PLASTICA PER INNESTO	
52977	1032	PLASTICA PER SCORRIMENTO	
52985	1033	SUTURA FERITE	
Palpebre			
Per accedere ai rimborsi previsti per le sotto indicate prestazioni, è vincolante la presentazione della documentazione fotografica pre e post-operatoria, quale parte integrante alla certificazione medica.			
51813	1034	ASCESSO PALPEBRE, INCISIONE DI	
51714	1035	CALAZIO	
51789	1036	CANTOPLASTICA	
51763	1037	ENTROPION-ECTROPION	
51771	1038	EPICANTO-COLOBOMA	
51805	1039	PICCOLI TUMORI O CISTI, ASPORTAZIONE DI	Indipendentemente dal numero di asportazioni
53348	1040	RIAPERTURA DI ANCHIOBLEFARON	
51722	1041	SUTURA CUTE PALPEBRALE (COME UNICO INTERVENTO)	
51730	1042	SUTURA PER FERITE A TUTTO SPESSORE (COME UNICO INTERVENTO)	
51862	1043	TARSORRAFIA (COME UNICO INTERVENTO)	
51755	1044	TUMORI, ASPORTAZIONE CON PLASTICA PER INNESTO	
51748	1045	TUMORI, ASPORTAZIONE CON PLASTICA PER SCORRIMENTO	
51854	1046	XANTELASMA SEMPLICE, ASPORTAZIONE DI	
53355	1047	XANTELASMA, ASPORTAZIONE CON PLASTICA PER SCORRIMENTO	
Vie Lacrimali			
51664	1048	CHIUSURA DEL PUNTINO LACRIMALE	
53363	1049	CHIUSURA PUNTINO LACRIMALE CON PROTESI	
51656	1050	DACRIOCISTORINOSTOMIA O INTUBAZIONE	
59565	1051	ENDOSCOPIA LACRIMALE OPERATIVA CON FIBRE OTTICHE	
53371	1052	FISTOLA, ASPORTAZIONE	
51623	1053	FLEMMONE, INCISIONE DI (COME UNICO INTERVENTO)	
51672	1054	IMPIANTO TUBI DI SILICONE NELLA STENOSI DELLE VIE LACRIMALI	
51649	1055	SACCO LACRIMALE O DELLA GHIANDOLA LACRIMALE, ASPORTAZIONE DEL	
53389	1056	SACCO LACRIMALE, INCISIONE DI (COME UNICO INTERVENTO)	
51615	1057	SONDAGGIO O LAVAGGIO VIE LACRIMALI (PER SEDUTA)	Rimborsabile 1 volta l'anno (rif. fattura)
51631	1058	STRICTUROTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	

53397	1059	VIE LACRIMALI, RICOSTRUZIONE	
Congiuntiva			
Per accedere ai rimborsi previsti per le sotto indicate prestazioni, è vincolante la presentazione della documentazione fotografica pre e post-operatoria, quale parte integrante alla certificazione medica.			
51516	1060	CORPI ESTRANEI, ASPORTAZIONE DI	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
51532	1061	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	
51581	1062	NEOPLASIE CONGIUNTIVALI, ASPORTAZIONE CON INNESTO	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
51573	1063	NEOPLASIE CONGIUNTIVALI, ASPORTAZIONE CON PLASTICA PER SCORRIMENTO	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
51524	1064	PICCOLE CISTI, SUTURA CON INNESTO PLACENTARE	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto). Indipendentemente dal numero delle asportazioni
51565	1065	PLASTICA CONGIUNTIVALE PER INNESTO	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
51557	1066	PLASTICA CONGIUNTIVALE PER SCORRIMENTO	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
51540	1067	PTERIGIO O PINGUECOLA	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
53405	1068	SUTURA DI FERITA CONGIUNTIVALE	Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento (oltre quanto previsto)
Cornea			
Sono comprese nelle relative prestazioni l'eventuale conta delle cellule endoteliali. Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici, indipendentemente dal Piano Sanitario, finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea, eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura			
53785	1070	CHERATOPLASTICA A TUTTO SPESSORE	
53793	1071	CHERATOPLASTICA LAMELLARE	
51912	1073	CORPI ESTRANEI DALLA CORNEA, ESTRAZIONE DI	
51953	1074	CORPI ESTRANEI, ESTRAZIONE IN CAMERA ANTERIORE DI	
53801	1075	CRIOAPPLICAZIONI CORNEALI	
53991	1076	EPICHERATOPLASTICA	
57865	1077	IMPIANTO DI ANELLI INTRASTROMALI NEL CHERATOCONO	

57873	1078	INNESTO/APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA	
54007	1079	LENTICOLO BIOLOGICO, APPOSIZIONE A SCOPO TERAPEUTICO	
54262	1080	ODONTOCHERATOPROTESI	
51920	1081	PARACENTESI DELLA CAMERA ANTERIORE (COME UNICO INTERVENTO)	
51946	1082	SUTURA CORNEALE (COME UNICO INTERVENTO)	
51938	1083	TATUAGGIO CORNEALE	
51979	1084	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE	
51961	1085	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE	
57881	1086	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI	
57898	1087	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA	
Cristallino			
<p>Gli interventi s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura-strumentazione, salvo i casi descritti. Sono comprese nelle relative prestazioni l'eventuale conta delle cellule endoteliali. L'intervento di cataratta (se previsto dal Piano Sanitario) concomitante può essere associato al codice del Pacchetto Cataratta (sempre se previsto dal Piano Sanitario) solo ed esclusivamente se eseguito contemporaneamente al Pacchetto stesso (in tal caso la valorizzazione ai fini del rimborso sarà pari al valore del Pacchetto a cui saranno sommati unicamente l'intervento di cataratta concomitante e la protesi del cristallino relativa alla cataratta concomitante. Non ci sono altre possibilità).</p>			
52472	1088	ASPIRAZIONE DI MASSE CATARATTOSE (COME UNICO INTERVENTO)	
52423	1093	CATARATTA SECONDARIA, DISCISSIONE DI	
52514	1095	CRISTALLINO ARTIFICIALE, IMPIANTO SECONDARIO IN CAMERA ANTERIORE	
54288	1096	CRISTALLINO ARTIFICIALE, IMPIANTO SECONDARIO IN CAMERA POSTERIORE	
54296	1097	CRISTALLINO ARTIFICIALE, RIMOZIONE DALLA CAMERA ANTERIORE (COME UNICO INTERVENTO)	
54304	1098	CRISTALLINO ARTIFICIALE, RIMOZIONE DALLA CAMERA POSTERIORE (COME UNICO INTERVENTO)	
52449	1099	CRISTALLINO LUSSATO, ESTRAZIONE DI	
52464	1100	CRISTALLINO, ESTRAZIONE NELLA MIOPIA ELEVATA (FUKALA)	
54312	1102	INTERVENTO DI FUKALA E IMPIANTO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IN CAMERA ANTERIORE O POSTERIORE	
10089	3248	CATARATTA, ASPORTAZIONE ED IMPIANTO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IN CAMERA ANTERIORE O POSTERIORE (QUALSIASI TECNICA) (INTERVENTO CONCOMITANTE AD ALTRO PRINCIPALE ESEGUITO NELLA MEDESIMA SEDUTA OPERATORIA O RICOVERO)	Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale.
Sclera			
52126	1103	SCLERECTOMIA	
52118	1104	SCLEROTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
52100	1105	SUTURA SCLERALE	
Operazione per glaucoma			

54320	1106	ALCOOLIZZAZIONE NERVO CIGLIARE, INTERVENTO PER	
52282	1107	CICLODIALISI	
52225	1108	CICLODIATERMIA PERFORANTE	
54338	1109	CRIOAPPLICAZIONE ANTIGLAUCOMATOSA, COME UNICO INTERVENTO	
52266	1110	GONIOTOMIA	Comprensivo di eventuale goniopuntura
52233	1111	IRIDOCICLORETTRAZIONE (COME UNICO INTERVENTO)	
52217	1112	MICROCHIRURGIA DELL'ANGOLO CAMERULARE (COME UNICO INTERVENTO)	
52274	1113	OPERAZIONE FISTOLIZZANTE (COME UNICO INTERVENTO)	
57914	1114	SCLERECTOMIA PROFONDA CON O SENZA IMPIANTI (COME UNICO INTERVENTO)	
52258	1115	TRABECULECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
54346	1116	TRABECULECTOMIA + ASPORTAZIONE CATARATTA, INTERVENTO COMBINATO	
54353	1117	TRABECULECTOMIA + ASPORTAZIONE CATARATTA + IMPIANTO CRISTALLINO ARTIFICIALE, INTERVENTO COMBINATO	
52241	1118	TRABECULOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
57922	1119	VISCOCANOLOSOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
57930	1120	VISCOCANOLOSOMIA + ASPORTAZIONE DI CATARATTA, INTERVENTO COMBINATO	
57949	1121	VISCOCANALOSTOMIA + ASPORTAZIONE DI CATARATTA + IMPIANTO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE, INTERVENTO COMBINATO	
Iride			
52332	1122	CISTI IRIDEE, ASPORTAZIONE E PLASTICA DI	
52316	1123	IRIDECTOMIA	
52340	1124	IRIDO-DIALISI, INTERVENTO PER	
54361	1125	IRIDOPLASTICA	
52324	1126	IRIDOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
54379	1127	PROLASSO IRIDEO, RIDUZIONE	
52357	1128	SINECHIOTOMIA	
52365	1129	SUTURA DELL'IRIDE	
Retina			
52639	1130	ASPORTAZIONE, CERCHIAGGIO, RIMOZIONE E/O SOSTITUZIONE MATERIALI USATI DURANTE L'INTERVENTO DI DISTACCO	
52605	1131	CRIOTRATTAMENTO (COME UNICO INTERVENTO)	
52563	1132	DIATERMOCOAGULAZIONE RETINICA PER DISTACCO (COME UNICO INTERVENTO)	
56531	1133	LEGATURA ARTERIA TEMPORALE SUPERIORE (COME UNICO INTERVENTO)	

56549	1134	RETINA, INTERVENTO PER DISTACCO, CRIO + CERCHIAGGIO (COME UNICO INTERVENTO)	
52597	1135	RETINA, INTERVENTO PER DISTACCO, COMPRENSIVO DI TUTTE LE FASI	
57957	1136	TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE	
52506	1137	VITRECTOMIA ANTERIORE O POSTERIORE, COMPRESA ASPORTAZIONE DELLE MEMBRANE EPIRETINICHE	
Muscoli			
52662	1138	MUSCOLI RETTI ESTERNI O RETTI INTERNI, AVANZAMENTO	
52670	1139	MUSCOLI SUPERIORI O INFERIORI O OBLIQUI, AVANZAMENTO	
52696	1140	PTOSI PALPEBRALE, INTERVENTO PER (ESCLUSE FINALITÀ ESTETICHE)	Rimborsabile massimo 1 volta per parte corpo - occhio (a pratica) per anno (1 gennaio - 31 dicembre). Obbligo di presentazione fotografia pre e post intervento e campimetria pre intervento. Escluse finalità estetiche
52704	1141	RECESSIONE-RESEZIONE-INGINOCCHIAMENTO, TRATTAMENTO DI	
52688	1142	STRABISMO PARALITICO, INTERVENTO PER	
Bulbo Oculare			
52787	1143	CORPO ESTRANEO ENDOBULBARE CALAMITABILE, ESTRAZIONE DI	
52795	1144	CORPO ESTRANEO ENDOBULBARE NON CALAMITABILE, ESTRAZIONE DI	
52761	1145	ENUCLEAZIONE O EXENTERATIO	
52779	1146	ENUCLEAZIONE CON INNESTO PROTESI MOBILE	
54387	1147	EVISCELAZIONE CON IMPIANTO INTRAOCULARE	
Trattamenti Laser			
54403	1148	LASERTERAPIA DEGLI ANNESSI, DELLA CONGIUNTIVA, DEI NEOVASI O NUBECOLE CORNEALI (A SEDUTA)	
54411	1149	LASERTERAPIA DEL GLAUCOMA E DELLE SUE COMPLICANZE (A SEDUTA)	
54429	1150	LASERTERAPIA DELLE VASCULOPATIE E/O MALFORMAZIONI RETINICHE (A SEDUTA)	
52373	1151	LASERTERAPIA IRIDEA (A SEDUTA)	
52621	1152	LASERTERAPIA LESIONI RETINICHE (A SEDUTA)	
54437	1153	LASERTERAPIA NELLA RETINOPATIA DIABETICA (A SEDUTA)	
56962	1154	TERAPIA FOTODINAMICA COMPRESO QUALSIASI TIPO DI MEDICINALE (A TRATTAMENTO)	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
54445	1155	TRATTAMENTI LASER PER CATARATTA SECONDARIA (A SEDUTA)	

Ortopedia e traumatologia

Per articolazioni si intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).
 Per segmenti ossei si intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).
 Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento).

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

Le voci, se rientranti nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari, si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e strumentazione/apparecchiatura.

Per trattamento completo si intende anche eventuale artroliasi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale, salvo quanto specificatamente descritto.

Le procedure con tecnica TLIF, XLIF o PLIF vengono riconosciute unicamente con la doppia codifica di Ernia del disco (in base alla localizzazione escluso il codice 962) e di Artrodesi strumentata (in base alla via di accesso).

Gli interventi di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca (qualsiasi tipologia esposta nel Nomenclatore e se rientranti nei Piani Sanitari) sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le singole voci/codici analitici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Si ricorda alle Strutture Sanitarie convenzionate che non è possibile inoltrare la richiesta di rimborso per una procedura concomitante (qualsiasi) in assenza di un contestuale intervento di procedura principale.

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

Bendaggi

47076	1156	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO: COSCIA, GAMBA E PIEDE	
47084	1157	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO: GAMBA E PIEDE	
47035	1158	BENDAGGIO COLLARE DI SCHANZ	
47050	1159	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE: GOMITO E POLSO	
47043	1160	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE: PER ARTO SUPERIORE	
47068	1161	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE: PER ARTO INFERIORE	
54452	1162	BENDAGGIO CON MEDICAZIONE (A SEGUITO D'INTERVENTO CHIRURGICO)	
56970	1163	BENDAGGI ELASTOCOMPRESSIVI O FUNZIONALI	
47100	1164	BENDAGGIO SECONDO DESSAULT: AMIDATO O GESSATO	
47092	1165	BENDAGGIO SECONDO DESSAULT: SEMPLICE	
47019	1166	BENDAGGIO SEMPLICE CON OVATTA E GARZA	
47027	1167	BENDAGGIO TORACE SENZA ARTO SUPERIORE	
56988	1168	SPLINT	
47118	1169	STECCA DI ZIMMER PER DITO, APPLICAZIONE DI	

Apparecchi gessati

47332	1170	ARTO INFERIORE: COSCIA, GAMBA E PIEDE	
47340	1171	ARTO INFERIORE: GAMBA E PIEDE	

47324	1172	ARTO INFERIORE: GINOCCHIERA	
47274	1173	ARTO SUPERIORE: AVAMBRACCIO E MANO	
47266	1174	ARTO SUPERIORE: BRACCIO, AVAMBRACCIO E MANO	
47258	1175	ARTO SUPERIORE: TORACE ED ARTO SUPERIORE	
54460	1176	CALCO DI GESSO PER PROTESI ARTI	
47225	1177	CORSETTO CON SPALLE	
47233	1178	CORSETTO SENZA SPALLE	
47365	1179	CORSETTO SPECIALE PER SCOLIOSI E/O CIFOSI	
47217	1180	CORSETTO TIPO MINERVA	
54478	1181	DELBET	
47381	1182	GYPSOTOMIA	
47316	1183	PELVICONDILOIDEO	
54486	1184	PELVICONDILOIDEO BILATERALE	
47308	1185	PELVIMALLEOLARE	
54494	1186	PELVIMALLEOLARE BILATERALE	
47290	1187	PELVIPEDIDIO	
54502	1188	PELVIPEDIDIO BILATERALE	
47282	1189	STECCA DA DITO	

Lussazioni e fratture

47571	1190	APPLICAZIONE DI FILO O CHIODO TRANSCHIELETRICO	
54510	1191	APPLICAZIONE DI SKIN TRACTION	
47480	1192	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE - LUSSAZIONI: COLONNA VERTEBRALE	
47472	1193	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE - LUSSAZIONI: GRANDI ARTICOLAZIONI	
47464	1194	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE - LUSSAZIONI: MEDIE ARTICOLAZIONI	
47456	1195	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE - LUSSAZIONI: PICCOLE ARTICOLAZIONI	
47522	1196	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE: COLONNA VERTEBRALE	
47514	1197	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE: GRANDI SEGMENTI	
47506	1198	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE: MEDI SEGMENTI	
47498	1199	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURE: PICCOLI SEGMENTI	
47449	1200	RIDUZIONE INCRUENTA DI LUSSAZIONE TRAUMATICA: COLONNA VERTEBRALE	
47431	1201	RIDUZIONE INCRUENTA DI LUSSAZIONE TRAUMATICA: GRANDI ARTICOLAZIONI	
47423	1202	RIDUZIONE INCRUENTA DI LUSSAZIONE TRAUMATICA: MEDIE ARTICOLAZIONI	

47415	1203	RIDUZIONE INCRUENTA DI LUSSAZIONE TRAUMATICA: PICCOLE ARTICOLAZIONI	
Interventi incruenti			
47795	1204	MOBILIZZAZIONE INCRUENTA DI RIGIDITÀ: GRANDI ARTICOLAZIONI	
47829	1205	MOBILIZZAZIONE INCRUENTA DI RIGIDITÀ: MEDIE ARTICOLAZIONI	
47787	1206	MOBILIZZAZIONE INCRUENTA DI RIGIDITÀ: PICCOLE ARTICOLAZIONI	
47753	1208	PIEDE TORTO CONGENITO, CORREZIONE MANUALE DI	
47738	1209	RIDUZIONE DI PRONAZIONE DOLOROSA IN ETÀ PEDIATRICA	
47712	1210	RIDUZIONE INCRUENTA LUSSAZIONE CONGENITA ANCA: UNILATERALE	
47720	1211	RIDUZIONE INCRUENTA LUSSAZIONE CONGENITA ANCA: BILATERALE	
54528	1212	RIDUZIONE INCRUENTA LUSSAZIONE CONGENITA ANCA: UNI E BILATERALE, TEMPI SUCCESSIVI	
47761	1213	TORCICOLLO E SCOLIOSI SU LETTO SPECIALE, CORREZIONE DI	
47555	1214	TRAUMA OSTETRICO ARTO INFERIORE, TRATTAMENTO DI	
47548	1215	TRAUMA OSTETRICO ARTO SUPERIORE, TRATTAMENTO DI	
Interventi Cruenti			
<p>Per articolazioni si intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Per segmenti ossei si intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</p> <p>Gli interventi di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca (qualsiasi tipologia esposta nel Nomenclatore e se rientranti nei Piani Sanitari) sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le singole voci/codici analitici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.</p> <p>Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e strumentazione/apparecchiatura.</p> <p>Per trattamento completo si intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale, salvo quanto specificatamente descritto.</p> <p>Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale; pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.</p>			
54536	1216	ACROMIOPLASTICA ANTERIORE (TRATTAMENTO COMPLETO)	
54544	1217	AGOASPIRATO OSSEO	
54551	1218	ALLUNGAMENTO ARTI SUPERIORI E/O INFERIORI (PER SEGMENTO, TRATTAMENTO COMPLETO)	
47944	1219	AMPUTAZIONE GRANDI SEGMENTI (TRATTAMENTO COMPLETO)	
48140	1220	AMPUTAZIONE MEDI SEGMENTI (TRATTAMENTO COMPLETO)	
48165	1221	ARTROCENTESI	
48173	1222	ARTROCENTESI CON INTRODUZIONE DI MEDICAMENTO	
54569	1223	ARTRODESI VERTEBRALI PER VIA ANTERIORE ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE (COME UNICO INTERVENTO)	(Artrodesi strumentata). A tratto.

54577	1224	ARTRODESI VERTEBRALI PER VIA POSTERIORE ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE (COME UNICO INTERVENTO)	(Artrodesi strumentata). A tratto.
48645	1225	ARTRODESI VERTEBRALI PER VIA ANTERIORE E POSTERIORE ANCHE PER SPONDILOLISTESI COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE (COME UNICO INTERVENTO)	(Artrodesi strumentata). A tratto.
48348	1226	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI	
48330	1227	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI	
48363	1228	ARTROLISI: GRANDI	
48355	1229	ARTROLISI: MEDIE	
48371	1230	ARTROLISI: PICCOLE	
48256	1231	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)	
48264	1232	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)	
48272	1233	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)	
48462	1234	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE	Esclusa protesi
54585	1235	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE	Esclusa protesi
48421	1236	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE (TRATTAMENTO COMPLETO)	Esclusa protesi
48447	1240	ARTROPROTESI: GINOCCHIO	Esclusa protesi
48454	1241	ARTROPROTESI: GOMITO	Esclusa protesi
56580	1242	ARTROPROTESI: RIMOZIONE E SOSTITUZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO, SALVO I CASI DESCRITTI	Limitatamente ai casi di protesi settica. Indipendentemente dall'articolazione
48520	1243	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA SEDE NON SPECIFICATA (COME UNICO INTERVENTO)	
54593	1244	ASCESSO FREDDO, DRENAGGIO DI	
48199	1245	BIOPSIA ARTICOLARE	Escluso esame istologico
47860	1246	BIOPSIA OSSEA	Escluso esame istologico
54601	1247	BIOPSIA TRANS-PEDUNCOLARE SOMI VERTEBRALI	Escluso esame istologico
54619	1248	BIOPSIA VERTEBRALE A CIELO APERTO	Escluso esame istologico
56598	1249	BORSECTOMIA (COME FASE DI UN INTERVENTO PRINCIPALE)	
48157	1250	BORSECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
56996	1251	CISTI DEL BAKER, ASPORTAZIONE DI	
54643	1252	CISTI MENISCALE O PARAMENISCALE, ASPORTAZIONE DI	
57965	1253	CISTI SINOVIALE, ASPORTAZIONE DI	
57004	1254	CONDRECTOMIA - CONDRIOABRASIONE E/O DEBRIDMENT ARTICOLARE (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
54650	1255	CONDRECTOMIA - CONDRIOABRASIONE E/O DEBRIDMENT ARTICOLARE (COME UNICO INTERVENTO)	
48413	1256	CORPI ESTRANEI E MOBILI ENDOARTICOLARI (COME UNICO INTERVENTO), ASPORTAZIONE DI	
48041	1257	COSTOLA CERVICALE E 'OUTLET SYNDROMÈ, INTERVENTO	

		PER	
48223	1258	DISARTICOLAZIONE INTERSCAPOLO TORACICA	
54668	1259	DISARTICOLAZIONI, GRANDI	
48215	1260	DISARTICOLAZIONI, MEDIE	
54676	1261	DISARTICOLAZIONI, PICCOLE	
54684	1262	ELSMIE-TRILLAT, INTERVENTO DI	
48231	1263	EMIPELVECTOMIA	
54692	1264	EMIPELVECTOMIE 'INTERNÈ CON SALVATAGGIO DELL'ARTO	
54700	1265	EPIFISIODESI	
48611	1266	ERNIA DEL DISCO DORSALE O LOMBARE COMPRESA EVENTUALE LAMINECTOMIA DECOMPRESSIVA COMPRESA EVENTUALE STENOSI LOMBARE, UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (COME UNICO INTERVENTO)	A tratto
47878	1267	ESOSTOSI SEMPLICE, ASPORTAZIONE DI	
47563	1268	FRATTURA ESPOSTA, PULIZIA CHIRURGICA DI	
56606	1269	INFEZIONI ARTICOLARI, MUSCOLO-APONEUROTICHE PROFONDE (TRATTAMENTO CHIRURGICO - UNICO INTERVENTO)	
48561	1270	INFILTRAZIONI ARTICOLARI ECO-RX GUIDATE (SPALLA-GINOCCHIO-ANCA-GOMITO-POLSO-CAVIGLIA) COMPRESO ECO/RX INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI ARTICOLAZIONI TRATTATE	Rimborsabili massimo 5 sedute l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
59614	1271	INNESTO DI MATERIALE CARTILAGINEO AUTOLOGO COLTIVATO, COMPRESO EVENTUALE DEBRIDMENT ARTICOLARE	
54742	1272	LATERALE RELEASE	
54759	1273	LEGAMENTI E RETINACOLI DEL GINOCCHIO, RICOSTRUZIONE DI (COME UNICO INTERVENTO)	
54767	1274	LEGAMENTI E RETINACOLI DEL GINOCCHIO CON MENISCECTOMIA (COME UNICO INTERVENTO), RICOSTRUZIONE DI	
48306	1275	LUSSAZIONI RECIDIVANTI DI SPALLA O GINOCCHIO (ANCHE IN ARTROSCOPIA), PLASTICA PER (TRATTAMENTO COMPLETO)	
54775	1276	MENISCECTOMIA (IN ARTROSCOPIA) (TRATTAMENTO COMPLETO - COMPRESA EVENTUALE RIMOZIONE DI CORPI MOBILI)	
54783	1277	MENISCECTOMIA (IN ARTROSCOPIA) + EVENTUALE CONDRIOABRASIONE + EVENTUALE MOSAICOPLASTICA (TRATTAMENTO COMPLETO - COMPRESA EVENTUALE RIMOZIONE DI CORPI MOBILI)	
48405	1278	MENISCECTOMIA (TECNICA TRADIZIONALE) (TRATTAMENTO COMPLETO)	
48124	1279	MIDOLLO OSSEO, ESPIANTO DI	
47910	1280	OSTEOMIELITI (TRATTAMENTO COMPLETO), INTERVENTO PER	
58947	1207	OSTEOCLASIA	
48629	1281	OSTEOSINTESI VERTEBRALE	

47993	1282	OSTEOSINTESI: GRANDI SEGMENTI	A segmento
47985	1283	OSTEOSINTESI: MEDI SEGMENTI	A segmento
48017	1284	OSTEOSINTESI: PICCOLI SEGMENTI	A segmento
47894	1285	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE) COMPRESA ABLAZIONE DI OSTEOFITI DELLA COLONNA (A TRATTO)	
47886	1286	OSTEOTOMIA SEMPLICE DI QUALSIASI SEGMENTO (COME FASE DELL'INTERVENTO PRINCIPALE)	A segmento
47928	1287	PERFORAZIONE ALLA BOECK	
56614	1288	POTT, INTERVENTO FOCAL CON O SENZA ARTRODESI VERTEBRALE	
59622	1289	PRELIEVO DI CARTILAGINE DAL GINOCCHIO IN ARTROSCOPIA, INTERVENTO PER (COME UNICO INTERVENTO)	
48116	1290	PRELIEVO DI TRAPIANTO OSSEO CON INNESTO	
47977	1291	PSEUDOARTROSI GRANDI SEGMENTI O CONGENITA DI TIBIA (TRATTAMENTO COMPLETO)	A segmento
54825	1292	PSEUDOARTROSI MEDI SEGMENTI (TRATTAMENTO COMPLETO)	A segmento
47969	1293	PSEUDOARTROSI PICCOLI SEGMENTI (TRATTAMENTO COMPLETO)	A segmento
48132	1294	PUNTATO TIBIALE O ILIACO	
54833	1295	RADIODISTALE, RESEZIONE CON TRAPIANTO ARTICOLARE PERONE, PRO-RADIO	
54841	1296	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO	
48207	1297	RESEZIONE ARTICOLARE (COME UNICO INTERVENTO)	
54858	1298	RESEZIONE DEL SACRO (COME UNICO INTERVENTO)	
47902	1299	RESEZIONE OSSEA (COME UNICO INTERVENTO)	
54874	1300	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE	A tratto
54882	1301	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI GRANDI ARTICOLAZIONI	Ad articolazione
54890	1302	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI MEDIE/PICCOLE ARTICOLAZIONI	Ad articolazione
48389	1303	RIDUZIONE CRUENTA LUSSAZIONE CONGENITA ANCA	
48108	1304	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI: GRANDI SEGMENTI	A segmento
57973	1305	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI: MEDI SEGMENTI	A segmento
57981	1306	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI: PICCOLI SEGMENTI	A segmento
54908	1307	ROTTURA CUFFIA ROTATORI DELLA SPALLA, RIPARAZIONE DI (COMPRESO TRATTAMENTO DEL CAPO LUNGO DEL BICIPITE BRACHIALE) (TRATTAMENTO COMPLETO)	
48652	1308	SCOLIOSI, INTERVENTO PER (TRATTAMENTO COMPLETO)	
57012	1309	SINOVIECTOMIA GRANDI O MEDIE ARTICOLAZIONI (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	Ad articolazione
48249	1310	SINOVIECTOMIA GRANDI O MEDIE ARTICOLAZIONI (COME UNICO INTERVENTO)	Ad articolazione
57020	1311	SINOVIECTOMIA PICCOLE ARTICOLAZIONI (COME FASE DI	Ad articolazione

		INTERVENTO PRINCIPALE)	
54916	1312	SINOVIECTOMIA PICCOLE ARTICOLAZIONI (COME UNICO INTERVENTO)	Ad articolazione
54924	1313	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG	
54932	1314	STENOSI VERTEBRALE LOMBARE DI 1 LIVELLO COMPRESA EVENTUALE UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (SALVO I CASI DESCRITTI) COME UNICO INTERVENTO	
57990	1315	STENOSI VERTEBRALE LOMBARE PIÙ LIVELLI COMPRESA EVENTUALE UNCOFORAMINOTOMIA, VERTEBROTOMIA E RIMOZIONE DEGLI OSTEOFITI (SALVO I CASI DESCRITTI) COME UNICO INTERVENTO	
54940	1316	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO	
48397	1317	TETTO COTILOIDEO, RICOSTRUZIONE DI	
54957	1318	TOILETTE CHIRURGICA E PICCOLE SUTURE	
57038	1319	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPENSIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI DI ESPIANTO ED IMPIANTO)	
54965	1320	TRASLAZIONE MUSCOLI CUFFIA E ROTATORI DELLA SPALLA	
48066	1321	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI	A segmento/articolazione
54973	1322	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI	A segmento/articolazione
54981	1323	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI	A segmento/articolazione
47852	1324	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI	A tratto
54999	1325	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
55004	1326	VOKMANN, INTERVENTO PER RETRAZIONI ISCHEMICHE	
3249	3249	ARTROPROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI ANCA TOTALE - QUALSIASI TECNICA - INTERVENTO CONCOMITANTE) RIMBORSABILE NELLA MEDESIMA SEDUTA OPERATORIA O RICOVERO NON ASSOCIABILE AL PACCHETTO PROTESI ANCA TOTALE)	Rimborsabile solo 1 volta per parte corpo (anca). Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale.
3250	3250	ARTROPROTESI: REVISIONE PROTESI TOTALE ANCA ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO (ARTROPROTESI REVISIONE ANCA TOTALE - QUALSIASI TECNICA - INTERVENTO CONCOMITANTE, RIMBORSABILE NELLA MEDESIMA SEDUTA OPERATORIA O RICOVERO NON ASSOCIABILE AL PACCHETTO REVISIONE PROTESI ANCA TOTALE)	Rimborsabile solo 1 volta per parte corpo (anca). Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale.
53301	6599	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA (TRATTAMENTO COMPLETO - INTERVENTO CONCOMITANTE AD ALTRO PRINCIPALE): PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO	Codice liquidabile solo se eseguito nella medesima seduta operatoria di altro intervento principale.
<i>Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici</i>			
Le procedure di "Neurolisi", "Tenolisi" non sono associabili a tutte le procedure definite come "trattamento completo" in quanto già comprese nelle stesse.			
48819	1327	BIOPSIA MUSCOLARE	
48777	1328	CISTI O GANGLI TENDINEI E/O ARTROGENI, ASPORTAZIONE DI	

54809	1329	NEURINOMI, ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI	
59649	1331	NEUROLISI (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)	
59630	1330	NEUROLISI (COME UNICO INTERVENTO)	
56648	1332	TENOLISI (COME FASE DELL'INTERVENTO PRINCIPALE)	
48785	1333	TENOLISI (COME UNICO INTERVENTO)	
48736	1334	TENOPLASTICA, MIOPLASTICA, MIORRAFIA	
48728	1335	TENORRAFIA COMPLESSA - SUTURA DI PIÙ TENDINI (SALVO I CASI DESCRITTI)	
48710	1336	TENORRAFIA SEMPLICE - SUTURA DI UN TENDINE (SALVO I CASI DESCRITTI)	
48744	1337	TENOTOMIA COMPRESA EVENTUALE TENORRAFIA, MIOTOMIA, APONEUROTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
48769	1338	TORCICOLLO MIOGENO CONGENITO, PLASTICA PER	
48751	1339	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI (TRATTAMENTO COMPLETO)	

Ostetricia

Le voci sono comprensive del compenso dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica durante tutto il periodo del ricovero della madre. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati, qualora rientranti nelle apposite Garanzie dei singoli Piani Sanitari, s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale; pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

51243	1340	ABORTO TERAPEUTICO	
51151	1341	AMNIOCENTESI, COMPRESA QUALSIASI PRESTAZIONE PROFESSIONALE E STRUMENTALE, QUALSIASI NUMERO DI PRELIEVI	
51169	1342	AMNIOSCOPIA	
51425	1343	ASSISTENZA AL PARTO CON TAGLIO CESAREO CONSERVATIVO O DEMOLITIVO - INCLUSO EVENTUALI MIOMEOTOMIE ESEGUITE DURANTE L'INTERVENTO (COMPRESIVA DELL'ASSISTENZA ALLA PUERPERA DURANTE IL RICOVERO, DELL'ASSISTENZA DELL'OSTETRICA E DELL'ASSISTENZA NEONATOLOGICA).	
51417	1344	ASSISTENZA AL PARTO EUTOCICO, DISTOCICO, PLURIMO, PODALICO, PREMATURO, PILOTATO (COMPRESIVA DELL'EVENTUALE SECONDAMENTO MANUALE/STRUMENTALE, DI QUALSIASI ATTO OPERATIVO CHIRURGICO, DELLA NORMALE ASSISTENZA ALLA PUERPERA DURANTE IL RICOVERO, DELL'ASSISTENZA DELL'OSTETRICA E DELL'ASSISTENZA NEONATOLOGICA)	
51409	1345	BIOPSIA VILLI CORIALI	
56655	1346	CARDIOTOCOGRAFIA (COME UNICO ESAME)	Esame eseguito al di fuori della visita specialistica (non associabile ad altra cardiocografia)
56663	1347	CARDIOTOCOGRAFIA (DURANTE LA VISITA)	Esame eseguito in corso di visita specialistica (non associabile ad altra cardiocografia)
51193	1348	CERCHIAGGIO CERVICALE	

51219	1349	COLPOPERINEORRAFIA PER DEIESCENZA SUTURA, INTERVENTO DI	
55236	1350	CORDOCENTESI	
55244	1351	FETOSCOPIA	
55251	1352	FLUSSIMETRIA FETALE	
51334	1353	LACERAZIONE CERVICALE, SUTURA DI	
55269	1354	LAPAROTOMIA ESPLORATIVA E/O LISI ADERENZE (COME UNICO INTERVENTO)	
55277	1355	LAPAROTOMIA ESPLORATIVA, CON INTERVENTO DEMOLITORE	
55285	1356	MASTITE PUERPERALE, TRATTAMENTO CHIRURGICO	
51300	1357	REVISIONE DELLE VIE DEL PARTO, INTERVENTO PER	
55293	1358	REVISIONE DI CAVITÀ UTERINA PER ABORTO IN ATTO-POSTABORTIVO-IN PUERPERIO, INTERVENTO PER	
51326	1359	RIDUZIONE MANUALE PER INVERSIONE DI UTERO PER VIA LAPAROTOMICA, INTERVENTO DI	
51318	1360	RIDUZIONE MANUALE PER INVERSIONE DI UTERO PER VIA VAGINALE, INTERVENTO DI	

Otorinolaringoiatria

Le voci si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura. Si specifica che, alcune prestazioni riportate nella presente branca (e relative sottobranche), qualora rientranti nelle Garanzie del Piano Sanitario, sono rimborsabili, alle condizioni previste dal Piano Sanitario, dal Fondo esclusivamente durante la relativa visita specialistica (che dovrà anch'essa essere prevista dall'apposita Garanzia del Piano Sanitario), ovvero non saranno rimborsabili se effettuate in sedute separate e/o da operatori diversi. Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale; pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Orecchio

53181	1362	ANTROATTICOTOMIA CON LABIRINTECTOMIA	
53231	1363	ASCESSO CEREBRALE, APERTURA PER VIA TRANSMASTOIDEA	
53041	1364	ASCESSO DEL CONDOTTO, INCISIONE DI	
53223	1365	ASCESSO EXTRADURALE, APERTURA PER VIA TRANSMASTOIDEA	
53108	1366	ATRESIA AURIS CONGENITA COMPLETA	
55301	1367	ATRESIA AURIS CONGENITA INCOMPLETA	
53132	1368	CATERISMO TUBARICO (A SEDUTA)	
53017	1369	CORPI ESTRANEI DAL CONDOTTO, ASPORTAZIONE PER VIA NATURALE CON LAVAGGIO	Non assimilabile ai tappi di cerume
53025	1370	CORPI ESTRANEI DAL CONDOTTO, ASPORTAZIONE STRUMENTALE CON MICROSCOPIO (OTOMICROSCOPIA)	Non assimilabile ai tappi di cerume
53033	1371	CORPI ESTRANEI, ASPORTAZIONE PER VIA CHIRURGICA RETROAURICOLARE	
55319	1372	DRENAGGIO TRANSTIMPANICO	
53058	1373	EMATOMA DEL PADIGLIONE, INCISIONE DI	

53199	1374	MASTOIDECTOMIA	
53314	1375	MASTOIDECTOMIA RADICALE	
55327	1376	MIRINGOPLASTICA PER VIA ENDOAURICOLARE	
55335	1377	MIRINGOPLASTICA PER VIA RETROAURICOLARE	
53140	1378	MIRINGOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
53090	1379	NEOPLASIA DEL PADIGLIONE, EXERESI DI	
55343	1380	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI	
53280	1381	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL	
53298	1382	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO	
53082	1383	OSTEOMI DEL CONDOTTO, ASPORTAZIONE DI	
55350	1384	PETROSECTOMIA	
53215	1385	PETROSITI SUPPURATE, TRATTAMENTO DELLE	
53066	1386	POLIPi O CISTI DEL PADIGLIONE O RETROAURICOLARI, ASPORTAZIONE DI	
53207	1387	REVISIONE DI MASTOIDECTOMIA RADICALE, INTERVENTO DI	
53264	1388	SACCO ENDOLINFATICO, CHIRURGIA DEL	
53256	1389	STAPEDECTOMIA	
55368	1390	STAPEDOTOMIA	
53330	1391	TAPPI DI CERUME, ESTRAZIONE DI	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) indipendentemente dal numero
53157	1392	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA	
53249	1393	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA	
55376	1394	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI	
53124	1395	TIMPANOTOMIA ESPLORATIVA	
53306	1396	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI	
Naso e Seni Paranasali			
<p>Gli interventi di rinosettoplastica e settoplastica aventi finalità di natura estetica, o conseguenti a correzioni chirurgiche di natura estetica o comunque a questa riconducibile, indipendentemente dal Piano Sanitario, non sono mai rimborsabili pur se analiticamente esposte nel Nomenclatore, anche quando siano concomitanti ad altri interventi rimborsabili e previsti dal Piano stesso. Per gli interventi di rinosettoplastica e settoplastica, se previste dal proprio Piano Sanitario ed indipendentemente dal Piano Sanitario, è vincolante la presentazione di fotografie pre e post intervento e rinomanometria pre intervento (o tac pre intervento) atte ad escludere le finalità estetiche dello stesso.</p>			
53835	1397	ADENOIDECTOMIA	
53843	1398	ADENOTONSILLECTOMIA	
53579	1399	ATRESIA COANALE, INTERVENTO PER	
53728	1400	CATETERISMO SENO FRONTALE	

53512	1401	CISTI E PICCOLI TUMORI BENIGNI DELLE FOSSE NASALI, ASPORTAZIONE DI	
53447	1402	CORPI ESTRANEI, ASPORTAZIONE DI	
53686	1403	DIAFRAMMA COANALE OSSEO, ASPORTAZIONE PER VIA TRANSPALATINA	
53439	1404	EMATOMA, ASCESSO DEL SETTO, DRENAGGIO	
53595	1405	ETMOIDE, SVUOTAMENTO RADICALE MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
53603	1406	ETMOIDE, SVUOTAMENTO RADICALE BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
55384	1407	FISTOLE ORO ANTRALI	
53538	1408	FRATTURE DELLE OSSA NASALI, RIDUZIONI DI	
53736	1409	INSTILLAZIONE SINUSALE (PER CICLO DI TERAPIA)	
53520	1410	OZENA, CURA CHIRURGICA DELL'	
53587	1411	POLIP NASALI O COANALI, ASPORTAZIONE SEMPLICE DI	
55392	1412	RINOFIMA, INTERVENTO	
53561	1413	RINOSETTOPLASTICA CON INNESTI LIBERI DI OSSO (ESCLUSE FINALITÀ ESTETICHE, COMPROVATO DA RINOMANOMETRIA PRE INTERVENTO)	
53553	1414	RINOSETTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA O FUNZIONALE CON TURBINOTOMIA (ESCLUSE FINALITÀ ESTETICHE, COMPROVATO DA RINOMANOMETRIA PRE INTERVENTO)	
55400	1415	RINOSETTOPLASTICA, REVISIONE DI INTERVENTI FUNZIONALI O RICOSTRUTTIVI (ESCLUSE FINALITÀ ESTETICHE, COMPROVATO DA RINOMANOMETRIA PRE INTERVENTO)	
55418	1416	SENI PARANASALI, INTERVENTO PER MUCOCELE	
53660	1417	SENI PARANASALI, INTERVENTO RADICALE O INTERVENTO CHIRURGICO DI FESS (FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY) MONOLATERALE	
55426	1418	SENI PARANASALI, INTERVENTO RADICALE O INTERVENTO CHIRURGICO DI FESS (FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY) BILATERALE	
53645	1419	SENO FRONTALE, SVUOTAMENTO PER VIA ESTERNA	
53637	1420	SENO FRONTALE, SVUOTAMENTO PER VIA NASALE (COME UNICO INTERVENTO)	
53744	1421	SENO MASCELLARE, PUNTURA DIAMEATICA DEL	
53611	1422	SENO MASCELLARE, SVUOTAMENTO RADICALE MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
55434	1423	SENO MASCELLARE, SVUOTAMENTO RADICALE BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
53652	1424	SENO SFENOIDALE, APERTURA PER VIA TRANSNASALE (COME UNICO INTERVENTO)	
55442	1425	SETTO-ETMOIDOSFENOTOMIA DECOMPRESSIVA NEUROVASCOLARE CONSERVATIVA CON TURBINOTOMIE FUNZIONALI	
55459	1426	SETTO-ETMOIDOSFENOTOMIA DECOMPRESSIVA NEUROVASCOLARE RADICALE DI PRIMO E SECONDO GRADO MONOLATERALE ALLARGATA	
55467	1427	SETTO-ETMOIDOSFENOTOMIA DECOMPRESSIVA NEUROVASCOLARE RADICALE DI TERZO GRADO MONOLATERALE ALLARGATA	
53504	1428	SETTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA O FUNZIONALE CON TURBINOTOMIA	Non rimborsabile se concomitante o

			conseguente ad interventi di natura estetica
53454	1429	SINECHIE NASALI, RECISIONE DI	
53488	1430	SPERONI O CRESTE DEL SETTO, ASPORTAZIONE DI	
53413	1431	TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	
53421	1432	TAMPONAMENTO NASALE ANTERO-POSTERIORE	
53710	1433	TUMORI BENIGNI DEI SENI PARANASALI, ASPORTAZIONE DI	
53678	1434	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI	
53769	1435	TURBINATI INFERIORI, SVUOTAMENTO FUNZIONALE (COME UNICO INTERVENTO)	
53462	1436	TURBINATI, CAUTERIZZAZIONE DEI (COME UNICO INTERVENTO)	
53470	1437	TURBINOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	Indipendentemente se mono o bilaterale (qualsiasi tecnica)
53496	1438	VARICI DEL SETTO, TRATTAMENTO DI CAUTERIZZAZIONE	

Faringe e Cavo Orale

53850	1439	ASCESSO PERITONSILLARE, INCISIONE	
53918	1440	ASCESSO RETRO-FARINGEO O LATERO-FARINGEO	
53926	1441	CORPI ESTRANEI ENDOFARINGEI, ASPORTAZIONE DI	
59657	1442	FARINGECTOMIA PARZIALE	
53884	1443	FIBROMA RINOFARINGEO	
55475	1444	LEUCOPLACHIA, ASPORTAZIONE	
55483	1445	NEOPLASIE PARAFARINGEE	
53819	1446	TONSILLECTOMIA	
53868	1447	TUMORE BENIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI	
53876	1448	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI	
53983	1449	UGULOTOMIA	
53959	1450	VELOFARINGOPLASTICA O AVANZAMENTO DELL'OSSO IOIDE	

Laringe e ipofaringe

54163	1451	ADDUTTORI, INTERVENTO PER PARALISI DEGLI	
54056	1452	ASCESSO DELL'EPIGLOTTIDE, INCISIONE	
54205	1453	BIOPSIA IN LARINGOSCOPIA	
54213	1454	BIOPSIA IN MICROLARINGOSCOPIA	
54197	1455	CAUTERIZZAZIONE ENDOLARINGEA	
54247	1456	CORDE VOCALI, DECORTICAZIONE IN MICROLARINGOSCOPIA	

54106	1457	CORDECTOMIA	
55491	1458	CORDECTOMIA CON IL LASER	
54031	1459	CORPI ESTRANEI, ASPORTAZIONE IN LARINGOSCOPIA	
54155	1460	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA	
54221	1461	DILATAZIONE LARINGEA (PER SEDUTA)	
59665	1462	EPIGLOTTIDECTOMIA	
54114	1463	LARINGECTOMIA PARZIALE	
55509	1464	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE	
55525	1465	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE	
54122	1466	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE	
55517	1467	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE	
55533	1468	LARINGOCELE	
54130	1469	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE	
54015	1470	NEOFORMAZIONI BENIGNE, ASPORTAZIONE IN LARINGOSCOPIA	
54023	1471	NEOFORMAZIONI BENIGNE, ASPORTAZIONE IN MICROLARINGOSCOPIA	
55541	1472	NEOFORMAZIONI BENIGNE, STENOSI ORGANICHE E FUNZIONALI IN MICROCHIRURGIA LARINGEA CON LASER CO2	
54072	1474	PAPILLOMA LARINGEO	
54064	1475	PERICONDRITE ED ASCESSO PERILARINGEO	
56671	1476	NASO-LARINGOSCOPIA CON FIBROSCOPIO FLESSIBILE A FIBRE OTTICHE DURANTE LA VISITA	

Radiologia interventistica

Le voci, se previste e nella misura prevista dal Piano Sanitario, comprendono l'intera équipe medica-chirurgica-radiologica-anestesiologica, l'uso del contrasto, delle radiografie necessarie (tutte le proiezioni necessarie) e del compenso professionale per eventuale applicazione di stents (salvo casi descritti). Non sono previste deroghe. I materiali speciali ad alto costo se previsti dal Piano Sanitario, salvo quanto esposto analiticamente nel presente Nomenclatore o quanto considerato compreso, ed eventuali medicinali sono rimborsati così come descritto nella relativa sezione D. - Medicinali e Materiali. Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/ strumentazione, salvo i casi descritti.

80796	1477	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE ED ILIACA PIÙ ANGIOPLASTICA	
80804	1478	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE PIÙ ANGIOPLASTICA ARTERIA RENALE	
80812	1479	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE PIÙ EMBOLIZZAZIONE SELETTIVA COMPLESSA (ANGIOMI O FISTOLE ARTERO VENOSE O ANEURISMI)	
80820	1480	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE PIÙ EMBOLIZZAZIONE SEMPLICE DI TUMORI	
59673	1481	ARTERIOGRAFIA CON ALCOOLIZZAZIONE DI LESIONI DI QUALSIASI ORGANO	
59681	1482	ARTERIOGRAFIA CON EMBOLIZZAZIONE DI ANEURISMI ARTERIE PERIFERICHE	

80838	1483	CAVOGRAFIA CON POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE ENDOLUMINALE TEMPORANEO (COMPRESA SUCCESSIVA RIMOZIONE) O DEFINITIVO	
58009	1484	CHIFOPLASTICA O VERTEBROPLASTICA	
80846	1485	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA OPERATIVA CON DRENAGGIO BILIARE MONO O BILATERALE PER QUALSIASI PATOLOGIA BENIGNA O MALIGNA	
58017	1486	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA OPERATIVA CON DRENAGGIO BILIARE MONO O BILATERALE PER QUALSIASI PATOLOGIA BENIGNA O MALIGNA CON RIMOZIONE CALCOLI BILIARI, BILIOPLASTICA, POSIZIONAMENTO DI ENDOPROTESI MULTIPLE	
80853	1487	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA OPERATIVA CON DRENAGGIO BILIARE DOPPIO O CON ENDOPROTESI	
59698	1488	COLANGIOPANCREATOGRAFIA (ERCP) CON PAPILLOSFINTEROTOMIA ED EVENTUALE RIMOZIONE DI CALCOLI, COMPRESO EVENTUALE SONDINO NASO-BILIARE	
58025	1489	COLANGIOPANCREATOGRAFIA (ERCP) CON PAPILLOSFINTEROTOMIA E LITOTRIPSIA E SUCCESSIVA RIMOZIONE DI CALCOLI COMPRESO EVENTUALE SONDINO NASO-BILIARE	
59706	1490	COLANGIOPANCREATOGRAFIA (ERCP) CON PAPILLOSFINTEROTOMIA, CON PROTESI (METALLO O PLASTICA)	
58033	1491	COLANGIOPANCREATOGRAFIA DIAGNOSTICA (ERCP)	
80861	1492	COLANGIOPANCREATOGRAFIA OPERATIVA CON EVENTUALE POSIZIONAMENTO E/O RIMOZIONE DI PROTESI, COMPRESO ESAME	
80879	1493	DRENAGGI PERCUTANEI TAC/ECO GUIDATI DI ASCESSI E/O RACCOLTE FLUIDE TORACICHE O ADDOMINALI O INFILTRAZIONI MUSCOLARI PER SINDROME MIOFASCIALE (COMPRESI ESAMI E PRESTAZIONE RADIOLOGICA)	
57054	1494	DILATAZIONE PERCUTANEA DI STENOSI URETERALE CON O SENZA POSIZIONAMENTO DI STENT	Escluso stents
42796	1495	DRENAGGIO BILIARE PER VIA ENDOSCOPICA	
58041	1496	DISOSTRUZIONE TUBARICA MONOLATERALE	
58058	1497	DISOSTRUZIONE TUBARICA BILATERALE	
58066	1498	EMBOLIZZAZIONE FIBROMIOMI UTERO	
80887	1499	EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI	
80895	1500	FIBRINOLISI OCCLUSIONE ARTERIOSA	
80903	1501	FLEBOGRAFIA CON SCLEROSI ENDOLUMINALE DELLA VENA SPERMATICA INTERNA O VENA OVARICA MONOLATERALE	
80911	1502	FLEBOGRAFIA CON SCLEROSI ENDOLUMINALE DELLA VENA SPERMATICA INTERNA O VENA OVARICA BILATERALE	
80929	1503	PIELOGRAFIA MONOLATERALE PERCUTANEA OPERATIVA CON DRENAGGIO	
80937	1504	PIELOGRAFIA BILATERALE PERCUTANEA OPERATIVA CON DRENAGGIO	
58074	1505	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA PERCUTANEA CON PUNTURA STOMACO E DRENAGGIO TRANSEPATICO	
57062	1506	POSIZIONAMENTO DI STENT GASTROINTESTINALI (ESOFAGEI, DUODENALI, COLICI, ETC)	Escluso stents
58082	1507	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE	Escluso stents

57070	1508	POSIZIONAMENTO DI STENT TRACHEALI	Escluso stents
58090	1509	POSIZIONAMENTO PORT-A-CATH ARTERIOSO EPATICO CON GUIDA ECOGRAFICA CON ARTERIOGRAFIA EPATICA ED EMBOLIZZAZIONE ARTERIA GASTRODUODENALE	
58109	1510	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA PERCUTANEA PER RIMOZIONE DRENAGGIO TRANSGASTRICO E POSIZIONAMENTO ENDOPROTESI PSEUDOCISTO-GASTRICA	
58117	1511	TERMOABLAZIONE O CRIOABLAZIONE DI NEOPLASIE PRIMITIVE O METASTASI	
58125	1512	TRANSCROTALE + FLEBOGRAFIA SPERMATICA INTERNA RETROGRADA E ANTEROGRADA, INTERVENTO DI MICROCHIRURGIA PER	
58133	1513	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI DELL'ARTERIA ILIACA	
58141	1514	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI ARTERIA ILIACA COMUNE DI EMBOLIZZAZIONE ARTERIA IPOGASTRICA	
58158	1515	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)	

Urologia

I materiali speciali ad alto costo se previsti dal Piano Sanitario, salvo quanto esposto analiticamente nel presente Nomenclatore o quanto considerato compreso, ed eventuali medicinali sono rimborsati così come descritto nella relativa sezione D. - Medicinali e Materiali.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati, se previsti e nei limiti previsti dal Piano Sanitario si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Gli interventi eseguiti in endoscopia si intendono comprensivi di strumentazione/apparecchiatura (materiali monouso legati alla strumentazione) eventuale uretrotomia, lisi di aderenze transuretrali ed incisione del collo vescicale.

Si precisa che, con il termine "per seduta" si intende indipendentemente dal numero di prestazioni effettuate.

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

Piccoli interventi e diagnostica urologica

49056	1516	CAMBIO TUBO CISTOSTOMICO	
49064	1517	CAMBIO TUBO PIELOSTOMICO	
55558	1518	CATETERISMO VESCICALE NELLA DONNA (COME UNICA PRESTAZIONE)	
49015	1519	CATETERISMO VESCICALE NELL'UOMO CON PATOLOGIA STENOTICA (COME UNICA PRESTAZIONE)	
56689	1520	CISTOMANOMETRIA	
57089	1521	DILATAZIONE DEL MEATO URETRALE (COME UNICA PRESTAZIONE)	
73692	1522	ESAME URODINAMICO COMPLETO	
73700	1523	ESAME URODINAMICO PIÙ TEST FARMACOLOGICI	
56697	1524	INSTILLAZIONE VESCICALE CON CHEMIOTERAPICO (PER SEDUTA, COMPRESO CATETERISMO VESCICALE)	
50419	1525	PARAFIMOSI, RIDUZIONE INCRUENTA DI	
49049	1526	PROSTATA, MASSAGGIO DELLA (A SCOPO DIAGNOSTICO)	
49031	1527	URETRA, DILATAZIONE CON SONDE MORBIDE O RIGIDE (PER SEDUTA)	
73643	1528	UROFLUSSIMETRIA (PRESTAZIONI ESEGUIBILI AMBULATORIALMENTE - VEDERE PREMESSE)	

Endoscopia diagnostica

55574	1529	BRUSHING CITOLOGICO IN CISTOSCOPIA (COME UNICO INTERVENTO)	
49148	1530	CROMOCISTOSCOPIA E CATETERISMO URETERALE MONOLATERALE	
49155	1531	CROMOCISTOSCOPIA E CATETERISMO URETERALE BILATERALE	
49130	1532	CROMOCISTOSCOPIA PER VALUTAZIONE FUNZIONALE	
57097	1533	PIELOURETEROSCOPIA PERCUTANEA DIAGNOSTICA	
49205	1534	URETEROSCOPIA E/O URETERORENOSCOPIA (OMNICOOMPRESIVA)	
49122	1535	URETROCISTOSCOPIA SEMPLICE (COME UNICO ATTO DIAGNOSTICO)	
56705	1536	URETROCISTOSCOPIA SEMPLICE IN SEDAZIONE COMPRESO ANESTESISTA (COME UNICO ATTO DIAGNOSTICO)	
49213	1537	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA/E (COME UNICO INTERVENTO)	

Endoscopia Operativa

Gli interventi eseguiti in endoscopia si intendono comprensivi di strumentazione/apparecchiatura (materiali monouso legati alla strumentazione) eventuale uretrotomia, lisi di aderenze transuretrali ed incisione del collo vescicale.

Si precisa che, con il termine "per seduta" si intende indipendentemente dal numero di prestazioni effettuate.

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

49254	1538	CALCOLI URETERALI, ESTRAZIONE CON SONDE APPOSITE	
55582	1539	COLLO VESCICALE, INTERVENTI ENDOSCOPICI DISOSTRUTTIVI	
49247	1540	CORPI ESTRANEI VESCICALI, ESTRAZIONE CISTOSCOPICA DI	
57105	1541	DIATERMOCOAGULAZIONE DI DIVERTICOLI VESCICALI	
49221	1542	ELETTROCOAGULAZIONE DI PICCOLI TUMORI VESCICALI - PER SEDUTA	
58166	1543	ENDOPIELOTOMIA PER STENOSI DEL GIUNTO PIELO-URETERALE	
49197	1544	FORMAZIONI URETERALI, RESEZIONE ENDOSCOPICA DI	
55590	1545	INCONTINENZA URINARIA, INTERVENTO (TEFLON)	
55608	1546	LITOTRIPSIA URETERALE CON ULTRASUONI, LASER, ETC.	
49270	1547	LITOTRIPSIA, LITOLAPASSI VESCICALE ENDOSCOPICA	
49171	1548	MEATOTOMIA URETERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49163	1549	MEATOTOMIA URETRALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49304	1550	NEOPLASIA VESCICALE, RESEZIONE ENDOSCOPICA DI	
57113	1551	PIELOURETEROSCOPIA PERCUTANEA OPERATIVA	
56713	1552	PROSTATA, INTERVENTI CON LASER O METODICHE INTERSTIZIALI	
49296	1553	PROSTATA, RESEZIONE ENDOSCOPICA O VAPORIZZAZIONE DELLA (QUALSIASI TECNICA ED ATTREZZATURA, ESCLUSI I	

		CASI DESCRITTI)	
55632	1554	REFLUSSO VESCICO URETERALE, INTERVENTO ENDOSCOPICO (TEFLON)	
56721	1555	STENT URETERALE, RIMOZIONE DI	
55640	1556	STENTING URETERALE MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
55657	1557	STENTING URETERALE BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49189	1558	URETEROCELE, INTERVENTO ENDOSCOPICO PER	
49262	1559	URETROTOMIA ENDOSCOPICA (COME UNICO INTERVENTO)	
55665	1560	VALVOLA URETRALE, RESEZIONE ENDOSCOPICA (COME UNICO INTERVENTO)	
55673	1561	WALL STENT PER STENOSI URETRALI COMPRESA CISTOSTOMIA	
55681	1562	WALL STENT PER STENOSI URETRALI PER VIA ENDOSCOPICA (UROLUME)	
Urologia - Atti chirurgici			
Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale; pertanto, l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.			
Rene			
49502	1563	AGOBIOPSIA RENALE PERCUTANEA	
49346	1564	BIOPSIA CHIRURGICA DEL RENE (COME UNICO INTERVENTO)	
55699	1565	CISTI RENALE PER VIA PERCUTANEA, PUNTURA DI	
55707	1566	CISTI RENALE, PUNTURA EVACUATIVA PERCUTANEA CON INIEZIONE DI SOSTANZE SCLEROSANTI	Comprese sostanza sclerosanti
55715	1567	CISTI RENALE, RESEZIONE	
55723	1568	EMINEFRECTOMIA	
49353	1569	LOMBOTOMIA PER ASCESSI PARARENALI	
49379	1570	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)	
55764	1571	NEFRECTOMIA POLARE	
49361	1572	NEFRECTOMIA SEMPLICE	
56739	1573	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA MONOLATERALE	
56747	1574	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA BILATERALE	
49320	1575	NEFROPESSI	
55624	1576	NEFROSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE	
55616	1577	NEFROSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE	
55772	1578	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI	
49411	1579	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA EVENTUALE SURRENECTOMIA)	

49437	1580	PIELOCALICOLITOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
49494	1581	PIELOCENTESI (COME UNICO INTERVENTO)	
55780	1582	PIELONEFROLITOTOMIA COMPLESSA (NEFROTOMIA E/O BIVALVE), INTERVENTO DI	
49445	1583	PIELOURETERO PLASTICA PER STENOSI DEL GIUNTO	
49452	1584	SURRENECTOMIA (TRATTAMENTO COMPLETO)	
49460	1585	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI DI ESPIANTO ED IMPIANTO)	
Uretere			
56754	1586	FISTOLA URETERO-INTESTINALE, INTERVENTO PER (QUALSIASI TECNICA)	
56762	1587	FISTOLA URETERO-INTESTINALE, INTERVENTO CON RESEZIONE INTESTINALE ED ANASTOMOSI (QUALSIASI TECNICA)	
56770	1588	FISTOLE URETEROVAGINALI, INTERVENTO PER (QUALSIASI TECNICA)	
58174	1589	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO	
49650	1590	TRANSURETERO-URETEROANASTOMOSI (COME UNICO INTERVENTO)	
57121	1591	URETERECTOMIA SEGMENTARIA	
49627	1592	URETEROCISTONEOSTOMIA MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49635	1593	URETEROCISTONEOSTOMIA BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49544	1594	URETEROCUTANEOSTOMIA MONOLATERALE	
49551	1595	URETEROCUTANEOSTOMIA BILATERALE	
49510	1596	URETEROENTEROPLASTICHE CON TASCHE CONTINENTI (MONOLATERALE), INTERVENTO DI	
49866	1597	URETEROENTEROPLASTICHE CON TASCHE CONTINENTI (BILATERALE), INTERVENTO DI	
49569	1598	URETERO-ILEO-ANASTOMOSI MONOLATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
49577	1599	URETERO-ILEO-ANASTOMOSI BILATERALE (COME UNICO INTERVENTO)	
55814	1600	URETEROILEOCUTANEOSTOMIA NON CONTINENTE	
49585	1601	URETEROLISI PIÙ OMENTOPLASTICA	
49536	1602	URETEROLITOTOMIA LOMBO-ILIACA	
49528	1603	URETEROLITOTOMIA PELVICA	
49601	1604	URETEROSIGMOIDOSTOMIA MONOLATERALE	
49619	1605	URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE	
Vescica			
49775	1606	ASCESSO DELLO SPAZIO PREVESCICALE DEL RETZIUS	
55822	1607	CISTECTOMIA PARZIALE CON URETEROCISTONEOSTOMIA	

49692	1608	CISTECTOMIA PARZIALE SEMPLICE	
49718	1609	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER	
55848	1610	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA	
55830	1611	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA	
56788	1612	CISTOCENTESI (COME UNICO INTERVENTO)	
55855	1613	CISTOLITOTOMIA (COME UNICO INTERVENTO)	
49684	1614	CISTOPESSI	
49726	1615	CISTORRAFIA PER ROTTURA TRAUMATICA	
49676	1616	CISTOSTOMIA SOVRAPUBICA (COME UNICO INTERVENTO)	
49767	1617	COLLO VESCICALE, PLASTICA Y/V (COME UNICO INTERVENTO)	
49742	1618	DIVERTICULECTOMIA	
55863	1619	ESTROFIA VESCICALE (TRATTAMENTO COMPLETO)	
49809	1620	FISTOLA E/O CISTI DELL'URACO, INTERVENTO PER	
49825	1621	FISTOLA SOVRAPUBICA, INTERVENTO PER (COME UNICO INTERVENTO)	
49791	1622	FISTOLA VESCICO-INTESTINALE CON RESEZIONE INTESTINALE E/O CISTOPLASTICA, INTERVENTO PER	
49783	1623	FISTOLA VESCICO-VAGINALE O VESCICO-RETTALE, INTERVENTO PER	
56796	1624	INCONTINENZA URINARIA IN DONNA, INTERVENTO PER VIA VAGINALE O ADDOMINALE	
49817	1625	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)	
49841	1626	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE	
49833	1627	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE	

Prostata

49965	1628	AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PROSTATA (QUALSIASI NUMERO DI PRELIEVI, COMPROVATO DA REFERTO DELL'ESAME ISTOLOGICO) ECOGUIDATA	Comprensivo di ecografia.
49957	1629	CURA PER AFFEZIONE DELLA PROSTATA CON PROSTATHERMER (PER CICLO DI CURA ANNUALE)	Rimborsabile 1 volta l'anno (rif. fattura)
56804	1630	LINFOADENECTOMIA LAPAROTOMICA (COME UNICO INTERVENTO)	
49924	1631	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)	
49916	1632	PROSTATECTOMIA SOTTOCAPSULARE PER ADENOMA	

Uretra

50039	1633	CALCOLI O CORPI ESTRANEI, RIMOZIONE DI	
-------	------	--	--

55871	1634	CARUNCOLA URETRALE	
50013	1635	CISTI O DIVERTICOLI O ASCCESSI PARAURETRALI, INTERVENTO PER	
55889	1636	DIATERMOCOAGULAZIONE DI CONDILOMI URETRALI CON MESSA A PIATTO DELL'URETRA	
50104	1637	EPISPADIA O IPOSPADIA BALANICA E URETROPLASTICA, INTERVENTO PER	
50112	1638	EPISPADIA O IPOSPADIA PENIENA E URETROPLASTICA, INTERVENTO PER	
55897	1639	FISTOLE URETRALI	
50153	1640	INCONTINENZA URINARIA, APPLICAZIONE DI SFINTERI ARTIFICIALI	
50120	1641	IPOSPADIA SCROTALE O PERINEALE, INTERVENTO PER (TRATTAMENTO COMPLETO-PLASTICA)	
50088	1642	MEATOTOMIA E MEATOPLASTICA	
50021	1643	POLIPOLI DEL MEATO, COAGULAZIONE DI	
55905	1644	PROLASSO MUCOSO URETRALE	
50062	1645	RESEZIONE URETRALE E URETRORRAFIA ANTERIORE PENIENA	
50070	1646	RESEZIONE URETRALE E URETRORRAFIA POSTERIORE MEMBRANOSA	
55913	1647	ROTTURA TRAUMATICA DELL'URETRA	
50161	1648	TERAPIA RIEDUCATIVA MINZIONALE (IN REGIME DI RICOVERO, PER SEDUTA)	Limitatamente a terapie eseguite durante il ricovero notturno. Non è riconosciuto il ricovero notturno per la sola esecuzione della terapia
57046	1649	URETRECTOMIA SEGMENTARIA	
55921	1650	URETRECTOMIA TOTALE	
55939	1651	URETROPLASTICHE (IN UN TEMPO), INTERVENTO DI	
50096	1652	URETROPLASTICHE (LEMBI LIBERI O PEDUNCOLATI), TRATTAMENTO COMPLETO	
50054	1653	URETOSTOMIA PERINEALE	

Apparato Genitale Maschile

La peniscopia, indipendentemente dal Piano Sanitario, è compresa nella visita specialistica (se quest'ultima prevista e comunque alle condizioni previste).

50435	1654	APPLICAZIONE DI PROTESI TESTICOLARE (COME UNICO INTERVENTO)	
55947	1655	BIOPSIA TESTICOLARE MONOLATERALE	
55954	1656	BIOPSIA TESTICOLARE BILATERALE	
50369	1657	CISTI DEL FUNICOLO ED EPIDIDIMO, EXERESI	
56002	1658	CORPOROPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)	
50245	1659	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA	
50344	1660	EPIDIDIMECTOMIA	

50211	1661	FIMOSI CON FRENULO PLASTICA, CIRCONCISIONE PER	
55962	1662	FISTOLE SCROTALI O INGUINALI	
55970	1663	FRENULOTOMIA E FRENULOPLASTICA	
50377	1664	FUNICOLO, DETORSIONE CHIRURGICA DEL	
50260	1665	IDROCELE, INTERVENTO PER	
50252	1666	IDROCELE, PUNTURA DI	
50294	1667	ORCHIDOPESSI MONOLATERALE	
50492	1668	ORCHIDOPESSI BILATERALE	
50328	1669	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE	
58182	1670	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE	
50302	1671	ORCHIECTOMIA SOTTOCAPSULARE BILATERALE	
50336	1672	ORCHIEPIDIDIMECTOMIA MONOLATERALE CON EVENTUALE PROTESI	
50427	1673	ORCHIEPIDIDIMECTOMIA BILATERALE CON EVENTUALE PROTESI	
50401	1674	PARAFIMOSI, INTERVENTO PER (COME UNICO INTERVENTO)	
50229	1675	PENE, AMPUTAZIONE PARZIALE DEL	
50237	1676	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA	
56010	1677	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE DEL	
50468	1678	PRIAPISMO (PERCUTANEA), INTERVENTO PER	
56028	1679	PRIAPISMO (SHUNT), INTERVENTO PER	
55996	1680	SCLEROSI DELLA FASCIA DI BUCK, INTERVENTO PER (QUALSIASI TRATTAMENTO)	Non assimilabile a terapie iniettive
50393	1681	SCROTO, RESEZIONE DELLO	
56036	1682	TRAUMI DEL TESTICOLO, INTERVENTO DI RIPARAZIONE PER	
56051	1683	VARICOCELE CON TECNICA MICROCHIRURGICA	
50278	1684	VARICOCELE, INTERVENTO CHIRURGICO PER	

SEZIONE P. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo rimborsa tutti gli accertamenti esposti e nei limiti del presente Nomenclatore unicamente se, previsti dalle singole Garanzie dei Piani Sanitari (secondo quanto previsto da queste), solo se eseguiti con finalità diagnostico – terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale. Sono esclusi gli accertamenti imputabili alla ricerca e/o alla sperimentazione clinica.

Ai fini del rimborso è indispensabile inoltre, oltre alla documentazione di spesa, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la prescrizione del medico specialista e/o medico di base con l'indicazione obbligatoria del tipo di patologia e/o del quesito diagnostico che ha reso indispensabili gli accertamenti stessi. Il Fondo non rimborsa prestazioni riconducibili a check-up indipendentemente dal Piano Sanitario, dalla tipologia o dalla motivazione per il quale si eseguono ed indipendentemente se corredati da prescrizione medica.

Il FasiOpen si riserva di: valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata; richiedere copia dei referti diagnostici, oltre le casistiche che già lo prevedono, nel caso in cui emergesse la necessità di ulteriori approfondimenti.

Si ricorda che gli accertamenti diagnostici sono rimborsabili, anche se fruiti tramite pagamento del ticket, qualora quest'ultimo sia riferito esplicitamente a prestazioni previste dal Nomenclatore e rientranti in quanto previsto dal proprio Piano Sanitario, ovvero, qualora la prestazione sia prevista dal Nomenclatore Base FasiOpen ma, questa non rientri tra gli accertamenti diagnostici ambulatoriali previsti dal proprio Piano Sanitario, non potrà essere riconosciuta neanche se fruito tramite ticket. Nel caso di contemporaneo pagamento del ticket per prestazioni in convenzione con il S.S.R. e di prestazioni private, è indispensabile far indicare dalla Struttura Sanitaria, oltre il tipo di prestazione, la ripartizione degli importi tra ticket e prestazione privata. Si precisa che limitazioni quantitative e/o temporali, eventualmente previste per le prestazioni, saranno applicate anche a quelle soggette al pagamento del solo ticket.

In relazione alle Analisi cliniche si precisa che il prelievo è compreso nelle prestazioni stesse. L'eventuale richiesta di prelievo domiciliare (se previsto dalle Garanzie del Piano Sanitario), come voce aggiuntiva all'esame stesso e limitatamente a quelli previsti dal Nomenclatore rientranti nel proprio Piano Sanitario, deve chiaramente risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia, ovvero deve risultare compatibile con il quadro clinico che ha reso necessario il prelievo presso il domicilio.

Per gli esami radiologici e gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare, le relative tariffe si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva. Altresì sono comprensive dell'onorario del radiologo e/o del medico nucleare e/o di altri specialistici (anestesista/assistenza anestesilogica), dei tecnici e, ove non diversamente ed esplicitamente previsto dalle singole premesse specifiche di branca, anche dei mezzi di contrasto, materiali, medicinali e quant'altro necessario ai fini dell'esame. Si precisa ulteriormente che, per i Piani Sanitari a Garanzia, il mezzo di contrasto è considerata voce a sé stante e pertanto, eventuali franchigie e scoperti saranno applicati anche a questa voce.

È pertanto esclusa, da parte delle Strutture Sanitarie, l'addebito di quanto sopra per gli assistiti del Fondo, oltre gli accertamenti stessi.

Si rammenta altresì che, per alcuni esami diagnostici, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame (o comunque il meno oneroso) come riportato nelle rispettive "Premesse specifiche di branca". Per quanto appena riportato, la definizione di "nel corso della stessa seduta" deve intendersi, nel corso del medesimo accesso alla struttura sanitaria (documentato o rilevabile), pertanto, nel caso di esecuzione di 2 accertamenti, sarà applicata la riduzione del 50% (ove previsto), qualora non sia inequivocabilmente riscontrabile il diverso accesso.

Analisi Cliniche

Il prelievo è compreso nell'esame a cui si riferisce, salvo i casi specificatamente descritti nella sezione "Prelievi". In quest'ultimo caso, si precisa che l'eventuale richiesta di "prelievo a domicilio", se previsto dal Piano Sanitario, deve essere indicata nella prescrizione medica e deve essere supportata da un quadro clinico compatibile con la richiesta stessa. Le analisi si intendono eseguite con qualsiasi tecnica e metodica e la tariffa si intende cadauna salvo quanto specificato per le singole voci.

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

Il Fondo si riserva di valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata.

Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono liquidabili solo se presenti nel Nomenclatore e quindi nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari e, comunque, nei limiti previsti dagli stessi.

Tutte le analisi di laboratorio elencate nel presente Nomenclatore sono liquidabili solo ed esclusivamente se, previste dalle Garanzie del singolo Piano Sanitario (nel relativo ambito di applicazione) e se fatturate da laboratori di analisi regolarmente autorizzati e corredate da relativa prescrizione medica con diagnosi. Non sono previste altre possibilità. Si rimborsano tutti gli accertamenti presenti nel Nomenclatore, comprese le analisi genetiche, se presenti nelle Garanzie del Piano Sanitario e nei limiti e alle condizioni da questi esposte, se eseguiti unicamente con finalità diagnostico- terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale. Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva (al di fuori di quanto espressamente previsto per i pacchetti di prevenzione FasiOpen), sperimentale e/o di ricerca e quant'altro esposto nelle "Esclusioni" e nel paragrafo "Prestazioni non previste dal FasiOpen" all'interno delle Guide dei singoli Piani Sanitari.

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

72199	1685	11 CORTICOSTEROIDI TOTALI	
73007	1686	17 ALFA IDROSSI PROGESTERONE (17 OHP)	

72231	1687	17 IDROSSICORTICOSTEROIDI	
72223	1688	17 KETOSTEROIDI	
73908	1689	5 IDROSSINDOLACETICO (5 HIAA)	
73882	1690	5 NUCLEOTIDASI	
65038	1691	ACETILCOLINESTERASI	
71217	1692	ACETONE O ACETONURIA	
71266	1693	ACIDI BILIARI	
71183	1694	ACIDI GRASSI LIBERI (NEFA)	
73916	1695	ACIDO CITRICO URINARIO	
71274	1696	ACIDO DELTA AMINO LEVULINICO (ALA)	
72751	1697	ACIDO DESOSSIRIBONUCLEICO NATIVO (NDNA)	
70086	1698	ACIDO IPPURICO/METILIPPURICO	
65046	1699	ACIDO JALURONICO (HA)	
71191	1700	ACIDO LATTICO	
73924	1701	ACIDO MANDELICO	
73932	1702	ACIDO OMOVANILLICO	
70084	1703	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	
71209	1704	ACIDO PIRUVICO O FENILPIRUVICO	
73940	1705	ACIDO SIALICO	
73957	1706	ACIDO VALPROICO	
72306	1707	ACIDO VANILMANDELICO	
72371	1708	ACTH (ORMONE CORTICOTROPO)	
73965	1709	ADENOSINMONOFOSFATO CICLICO (AMPC)	
76547	1710	ADH (ORMONE ANTIDIURETICO)	
71449	1711	AGGLUTINAZIONE PER ALTRI CEPPI DI GERMI	
73981	1712	AGGLUTINAZIONE PER PERTOSSE	
69991	1713	AGGLUTININE A FREDDO	
69983	1714	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	
73953	1715	ALBUMINA SIERICA (O ALBUMIN COLON TEST)	
65054	1716	ALBUMINA 24H (URINE)	
74005	1717	ALCOOLIMETRIA	
74039	1718	ALDOLASI SIERICA (O ALTRI ENZIMI NON SPECIFICATI)	
72215	1719	ALDOSTERONE BASALE	
65062	1720	ALDOSTERONE CLINOSTATISMO O ORTOSTATISMO	

72553	1721	ALFA 1 ANTITRIPSINA	
71035	1722	ALFA 1 FETOPROTEINA NEL SANGUE	
65719	1723	ALFA 1 FETOPROTEINA NEL LIQUIDO AMNIOTICO	
74047	1724	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	
74054	1725	ALFA 1 MICROGLOBULINA	
69975	1726	ALFA 2 ANTIPLASMINA	
74195	1727	ALFA 2 MACROGLOBULINA	
74203	1728	ALFA ANDROSTENEDIOLO 3ALFA	
74351	1729	AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA)	
70946	1730	AMILASI SIERICA O URINARIA	
69967	1731	AMINOACIDI, DOSAGGIO SINGOLO	
71308	1732	AMINOACIDI TOTALI (S/U)	
74358	1733	AMMINE AROMATICHE URINARIE (BENZOLO E DERIVATI E SOLVENTI INORGANICI)	
74450	1734	AMMONIACA NELLE URINE	
70961	1735	AMMONIO PLASMATICO	
74468	1736	ANAEROBIOSI, ESAME COLTURALE IN	
69934	1739	ANDROSTENEDIOLO GLUCURONIDE	
74476	1740	ANDROSTENEDIONE SIERICO (D4)	
74484	1741	ANFETAMINA	
74492	1742	ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME (A.C.E.)	
65070	1743	ANGIOTENSINA I BASALE	
74494	1744	ANGIOTENSINA I BASALE E DOPO STIMOLO CON FUROSEMIDE	
74496	1745	ANTIARITMICI, DOSAGGIO (AMIODARONE, DISOPIRAMIDE, FLECAINIDE, LIDOCAINA, PROCAINAMIDE, ETC.)	
71316	1746	ANTIBIOGRAMMA (ALMENO 10 ANTIBIOTICI)	
74500	1747	ANTIBIOGRAMMA PER MICOBATTERI (ALMENO 3 ANTIBIOTICI)	
74502	1748	ANTIBIOTICI, DOSAGGIO SIERICO (AMOXICILLINA, AMPICILLINA, PENICILLINA, GENTAMICINA, KANAMICINA, NETILMICINA, STREPTOMICINA, VANCOMICINA ED ALTRI)	
69926	1749	ANTICOAGULANTI ACQUISITI, RICERCA	
71811	1750	ANTICORPI ANTI ADENOVIRUS	
72892	1751	ANTICORPI ANTI ANTIGENI CITOPLASMATICI (ANCA)	
74682	1752	ANTICORPI ANTI BORDETELLA PERTUSSIS TOTALI O IGG O IGM	
74690	1753	ANTICORPI ANTI BORRELIA BURGDORFERI	
65089	1754	ANTICORPI ANTI BRUCELLA	
69918	1755	ANTICORPI ANTI CANALI DEL CALCIO	

75002	1756	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA IGA O IGG O IGM	
69900	1757	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	
69891	1758	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	
75143	1759	ANTICORPI ANTI CHLAMYDIA	
75150	1760	ANTICORPI ANTI CITOMEGALOVIRUS IG TOTALI O IGG O IGM	
69883	1761	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	
65097	1762	ANTICORPI ANTI COLON	
65105	1763	ANTICORPI ANTI DOTTI SALIVARI	
69875	1764	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	
69867	1765	ANTICORPI ANTI ENDOTELIO	
72900	1766	ANTICORPI ANTI COXSACKIE (CIASCUNA)	
75176	1767	ANTICORPI ANTI ECHINOCOCCO (ECHINOTEST)	
75184	1768	ANTICORPI ANTI ECHOVIRUS	
74591	1769	ANTICORPI ANTI ENA	
75192	1770	ANTICORPI ANTI ENTOAMEBA O ALTRI PARASSITI	
74609	1771	ANTICORPI ANTI EPSTEIN BARR VIRUS IGG E IGM (VCA E/O EBNA E/O EA)	
72090	1773	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI ATTIVI A FREDDO (CRIOAGGLUTININE)	
72058	1774	ANTICORPI ANTI ERITROCITI O LEUCOCITI O PIASTRINE (TEST DI DIXON DIRETTO O INDIRETTO) RICERCA ED EVENTUALE TITOLO	
75200	1775	ANTICORPI ANTI FATTORE INTRINSECO	
69859	1776	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	
65113	1777	ANTICORPI ANTI GANGLIOSIDI	
65727	1778	ANTICORPI ANTI FEBBRE Q	
74658	1779	ANTICORPI ANTI GIARDIA LAMBLIA	
74666	1780	ANTICORPI ANTI GLIADINA IGA O IGG	
71670	1781	ANTICORPI ANTI HAV IGG/HAV IGM	
10043	3208	ANTICORPI ANTI HBCAG O HBCAGIGM O HBEAG O HBSAG	
71779	1782	ANTICORPI ANTI HCV	
74674	1783	ANTICORPI ANTI HDV/HDV IGM	
69842	1784	ANTICORPI ANTI HEV (VIRUS DELL'EPATITE E)	
69834	1785	ANTICORPI ANTI HGV/GBV-C (VIRUS DELL'EPATITE G)	
69826	1786	ANTICORPI ANTI HLA (TITOLAZIONE PER SINGOLA SPECIFICITÀ)	
75259	1787	ANTICORPI ANTI HELICOBACTER PYLORI	
75267	1788	ANTICORPI ANTI HERPES VIRUS (TIPO 1 O 2) IGG O IGM	

72884	1789	ANTICORPI ANTI HIV	
71845	1790	ANTICORPI ANTI INFLUENZA A O B	
75275	1791	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA	
75283	1792	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	
69818	1793	ANTICORPI ANTI INTERFERON	
69800	1794	ANTICORPI ANTI ISTONE	
75291	1795	ANTICORPI ANTI LATTOGLOBULINA IGG	
75309	1796	ANTICORPI ANTI LEGIONELLE	
75432	1797	ANTICORPI ANTI LEISHMANIA	
75440	1798	ANTICORPI ANTI LEPTOSPIRA	
75457	1799	ANTICORPI ANTI LISTERIA	
69791	1800	ANTICORPI ANTI MAG	
69783	1801	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE	
75465	1802	ANTICORPI ANTI MICETI (RICERCA)	
75473	1803	ANTICORPI ANTI MICOBATTERI IGG O IGM	
75481	1804	ANTICORPI ANTI MICOPLASMI	
69775	1805	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	
75499	1806	ANTICORPI ANTI MICROSOMIALI (ABTMS) O ANTIPEROSSIDASI (ABTPO)	
65121	1807	ANTICORPI ANTI MIELINA	
75507	1808	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI	
72868	1809	ANTICORPI ANTI MORBILLO (IG TOTALI O IGG O IGM)	
75564	1810	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO	
75572	1811	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (CUORE)	
72041	1812	ANTICORPI ANTI NDNA	
72044	1813	ANTICORPI ANTI NEISSERIA GONORREA	
71852	1814	ANTICORPI ANTI NUCLEO	
75580	1815	ANTICORPI ANTI ORGANO	
69767	1816	ANTICORPI ANTI OVAIO	
72876	1817	ANTICORPI ANTI PAROTITE (IGG O IGM)	
75598	1818	ANTICORPI ANTI PAROTITE IG TOTALI	
75606	1819	ANTICORPI ANTI POLISACCARIDE C STREPTOCOCCO B EMOL. GR A	
69759	1820	ANTICORPI ANTI PARVOVIRUS B19	
65138	1821	ANTICORPI ANTI PNEUMOCOCCO	

69740	1822	ANTICORPI ANTI RECETTORE DELL'ACETILCOLINA	
75614	1823	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	
69732	1824	ANTICORPI ANTI RETICOLINA	
69724	1825	ANTICORPI ANTI RETROVIRUS (HTLV1 - HTLV2)	
65146	1826	ANTICORPI ANTI RIBOSOMI	
75622	1827	ANTICORPI ANTI RICKETTSIE	
65154	1828	ANTICORPI ANTI RNA	
72850	1829	ANTICORPI ANTI ROSOLIA (IG TOTALI O IGG O IGM)	
75648	1830	ANTICORPI ANTI SCHISTOSOMA	
75655	1831	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI	
69716	1832	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO (DNASI B)	
69708	1833	ANTICORPI ANTI SURRENE	
75663	1834	ANTICORPI ANTI TESSUTO	
65735	1835	ANTICORPI ANTI TESTICOLO	
75671	1836	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG)	
72048	1837	ANTICORPI ANTI TOSSINA DEL CLOSTRIDIUM TETANI	
69691	1838	ANTICORPI ANTI TOXOCARA	
75689	1839	ANTICORPI ANTI TOXOPLASMA (IG TOTALI O IGG O IGM O IGA)	
65162	1840	ANTICORPI ANTI TRASGLUTAMINASI TISSUTALE (TTG)	
71621	1841	ANTICORPI ANTI TREPONEMA P (IGG FTA O IGM FTA)	
75697	1842	ANTICORPI ANTI TRIPANOSOMA CRUZI	
75705	1843	ANTICORPI ANTI VARICELLA ZOOSTER VIRUS (IG TOTALI O IGG O IGM)	
71829	1844	ANTICORPI ANTI VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE	
75713	1845	ANTICORPI ANTIPLASMODI	
69683	1846	ANTICORPI SIERICI ANTI CITOSCHELETRO	
75721	1847	ALTRI ANTICORPI ANTI	
75723	1848	ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI, DOSAGGIO	
71761	1849	ANTIGENE AUSTRALIA (HBSAG)	
72108	1854	ANTIGENE DELTA (HDV AG)	
72181	1855	ANTIGENE E VIRUS EPATITE B (HB E AG)	
65170	1856	ANTIGENE HELICOBACTER PYLORI NELLE FECI	
65189	1857	ANTIGENE LEGIONELLA PNEUMOFILA	
69675	1861	ANTIGENI BATTERICI CELLULARI ED EXTRACELLULARI E/O PRODOTTI METABOLICI, RICERCA ED IDENTIFICAZIONE	

75762	1862	ANTIGENI ERITROCITARI NON RH (CIASCUNO)	
69667	1863	ANTIGENI HLA (CIASCUNO)	
69659	1864	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	
69640	1865	ANTIGENI VIRALI, RICERCA DIRETTA ED IDENTIFICAZIONE	
75770	1866	ANTIMICOGRAMMA	
70490	1867	ANTITROMBINA III	
75772	1868	ANTITROMBOPLASTINA	
75788	1869	APOLIPOPROTEINA A E B (CIASCUNA)	
75796	1870	APTOGLOBINE	
75804	1871	ASBESTOSI, RICERCA DEI CORPUSCOLI NELL'ESCREATO	
69632	1872	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (TPA)	
70730	1873	AZOTEMIA	
75812	1874	AZOTO NELLE URINE DELLE 24 ORE	
71340	1875	BACILLO DI KOCK, ESAME BATTERIOLOGICO O COLTURALE	
71324	1876	BACILLO DIFTERICO, ESAME COLTURALE	Comprensivo di eventuale identificazione ed antibiogramma
72009	1877	BACILLO DIFTERICO, ESAME MICROSCOPICO	
70144	1878	BARBITURICI	
69624	1879	BATTERI ANAEROBI, RICERCA ED IDENTIFICAZIONE	
69616	1880	BATTERI, RICERCA MICROSCOPICA	
75822	1881	BENCE JONES, PROTEINA DI	
70151	1882	BENZODIAZEPINE	
75820	1883	BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (SP1)	
75838	1884	BETA 2 MICROGLOBULINA URINARIA E PLASMATICA	
72330	1885	BETA HCG (GONADOTROPINA CORIONICA O SUBUNITÀ BETA PLASMATICA E URINARIA)	
72332	1886	BETA TROMBOGLOBULINE	
71043	1887	BICARBONATI	
75846	1888	BILIRUBINA NEL LIQUIDO AMNIOTICO (CURVA SPETTROFOTOMETRICA)	
70847	1889	BILIRUBINEMIA DIRETTA	
70839	1890	BILIRUBINEMIA TOTALE	
65743	1892	BREATH TEST UREA PER HELICOBACTER PYLORI	
75855	1893	BREATH TEST ALL'IDROGENO PER MALASSORBIMENTO ALIMENTARE	
73059	6226	BREATH TEST AL LATTOSIO PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	
75861	1894	BRONCOASPIRATO, ESAME COLTURALE	

75879	1895	C PEPTIDE	
75887	1896	C PEPTIDE DOPO CARICO DI GLUCOSIO (4 DOSAGGI)	
75895	1897	C1 ESTERASI INIBITORE	
75911	1898	CADMIO	
75929	1899	CALCIO NELLE URINE DELLE 24 ORE	
75937	1900	CALCIO IONIZZATO	
72827	1901	CALCITONINA	
72413	1902	CALCOLI E CONCREZIONI, ESAMI	
70037	1903	CALCOLI URINARI, ESAME	
75947	1905	CANNABINOIDI	
75960	1906	CARBAMAZEPINA (DOSAGGIO FARMACI)	
75978	1907	CARBOSSI EMOGLOBINA (CO EMOGLOBINA)	
75952	1916	CARNITINA	
73973	1917	CATECOLAMINE SIERICHE	
76000	1918	CATECOLAMINE URINARIE (ADRENALINA O NORADRENALINA)	
72298	1919	CATECOLAMINE URINARIE TOTALI	
76574	1920	CATENE KAPPA E LAMBDA, RAPPORTO DELLE	
75905	1921	CBG (PROTEINA LEGANTE GLI ORMONI CORTICOSTEROIDEI O TRANSCORTINA)	
76598	1923	CELLULE L.E. RICERCA NEL SANGUE PERIFERICO	
76570	1924	CERULOPLASMINA	
75903	1925	CH 50	
76588	1926	CHIMOTRIPSINA NELLE FECI + POTERE TRIPTICO	
76596	1927	CHINIDINA (DOSAGGIO FARMACO CARDIATTIVO)	
76604	1928	CICLOSPORINA	
70102	1929	CISTINURIA	
69608	1930	CITOTOSSICITÀ CON ANTIGENI SPECIFICI, CTL, LAK, SPONTANEA NAK, ETC. (CIASCUNO)	
76646	1931	CLAMIDIA (RICERCA ED IDENTIFICAZIONE)	
69591	1932	CLOSTRIDIUM DIFFICILIS (RICERCA ED IDENTIFICAZIONE)	
76661	1933	COCAINA (DROGHE D'ABUSO)	
76606	1934	COENZIMA Q10	
70755	1935	COLESTEROLO ESTERIFICATO	
70763	1936	COLESTEROLO HDL O LDL	
70748	1937	COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA	

70771	1938	COLINESTERASI (CHE)	
71282	1939	COLINESTERASI CON NUMERO DI DIBUCAINA	
76679	1940	COLINESTERASI ERITROCITARIA	
69583	1941	COLLAGEN CROSS LINKING	
69575	1942	COLTURA DI AMNIOCITI	
69567	1943	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	
69559	1944	COLTURA DI CELLULE EMOPOIETICHE: BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (CIASCUNA)	
69540	1945	COLTURA DI FIBROBLASTI	
69532	1946	COLTURA DI LINEE CELLULARI O LINFOCITARIE STABILIZZATE	
69524	1947	COLTURA DI LINFOCITI FETALI O PERIFERICI	
69516	1948	COLTURA MISTA LINFOCITARIA	
71332	1949	COLTURALI, ALTRI ESAMI NON DESCRITTI	
71787	1950	COMPLEMENTO FRAZIONE C1Q	
71795	1951	COMPLEMENTO FRAZIONE C3	
76687	1952	COMPLEMENTO FRAZIONE C3 ATT.	
76695	1953	COMPLEMENTO FRAZIONE C4	
70128	1955	CONTA DI ADDIS	
76729	1961	COPROPORFIRINE	
69491	1962	CORPI CHETONICI	
72280	1963	CORTISOLO URINARIO O PLASMATICO	
71167	1964	CREATINCHINASI (CPK)	
76737	1965	CREATINCHINASI ISOENZIMI (CPK - MB)	
69483	1966	CREATINCHINASI ISOFORME	
72603	1967	CREATININA CLEARANCE (COMPRESO DOSAGGIO CREATINURIA)	
76745	1968	CREATININA NEL LIQUIDO AMNIOTICO	
70870	1969	CREATININEMIA	
72282	1970	CREATININURIA SU CAMPIONE DELLE 24 H (UNICO ESAME)	
69475	1971	CRIOCONSERVAZIONE DI COLTURE CELLULARI (UNICAMENTE PER TRAPIANTO DI MIDOLLO, PER PATOLOGIE IN ATTO DOCUMENTABILI)	Limitatamente ai casi di trapianto di midollo
69467	1972	CRIOCONSERVAZIONE DI CELLULE E TESSUTI (UNICAMENTE PER TRAPIANTO DI MIDOLLO, PER PATOLOGIE IN ATTO DOCUMENTABILI)	Limitatamente ai casi di trapianto di midollo
69459	1973	CRIOCONSERVAZIONE DI CELLULE STAMINALI (UNICAMENTE PER TRAPIANTO DI MIDOLLO, PER PATOLOGIE IN ATTO DOCUMENTABILI)	Limitatamente ai casi di trapianto di midollo
69440	1974	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE (UNICAMENTE PER TRAPIANTO DI MIDOLLO, PER PATOLOGIE IN ATTO DOCUMENTABILI)	Limitatamente ai casi di trapianto di midollo

76752	1975	CRIOGLOBULINE (RICERCA E DOSAGGIO)	
70615	1976	CROMATINA SESSUALE O DI BARR	
71373	1977	CROMO, DOSAGGIO	
70722	1979	CURVA GLICEMICA DA CARICO	
72702	1980	CURVA INSULINEMICA DA CARICO DOPO TEST FARMACOLOGICI	
76760	1981	CURVA LH E FSH DOPO SOMMINISTRAZIONE DI GNRH (MINIMO 5 DOSAGGI)	
76786	1982	CURVA PROLATTINA DOPO SOMMINISTRAZIONE DI TRH	
76778	1983	CURVA TSH DOPO STIMOLO CON TRH (MINIMO 5 DOSAGGI)	
72284	1984	D-DIMERO	
76794	1987	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA) O DEAS	
72704	1988	DEFERIOXAMINA, PROVA DELLA	
70599	1989	DETERMINAZIONE ANTIGENI VARI (KELL, DUFFY, ETC.)	
70318	1990	DIAMETRO MEDIO E VOLUME DELLE EMASIE (UNICO ESAME)	
71746	1991	DIGOXINA	
76802	1992	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	
70706	1993	DOPAMINA PLASMATICA O URINARIA	
72706	1994	ELASTASI, DOSAGGIO	
70805	1995	ELETTROFORESI DELLE LIPOPROTEINE	
70904	1996	ELETTROFORESI DELLE SIERO PROTEINE (COMPRESO DOSAGGIO PROTEINE TOTALE)	Non sovrapponibile al dosaggio delle proteine totali
65213	1997	ELETTROFORESI DELLE PROTEINE URINARIE (COMPRESO DOSAGGIO DELLE PROTEINE TOTALI)	Non sovrapponibile al dosaggio delle proteine totali
72708	1998	ELETTROFORESI EMOGLOBINA	
70821	1999	ELETTROLITI: CALCIO O CLORO O FOSFORO O POTASSIO O SODIO (NEL SANGUE E NELLE URINE)	
71748	2000	EMASIE FETALI, RICERCA DELLE	
76810	2001	EMOCOLTURA	
70227	2002	EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER. F.L.)	
72728	2004	EMOGASANALISI (PH, PCO2, PO2 E PARAMETRI DERIVATI)	
76828	2005	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA O AD ALTA CONCENTRAZIONE	
76836	2006	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	
76844	2007	EMOGLOBINA A2	
70417	2008	EMOGLOBINA FETALE (DOSAGGIO)	
71050	2009	EMOGLOBINA GLICOSILATA HBA1C	
76851	2010	EMOGLOBINA HB	

76869	2011	EMOGLOBINA NEL LIQUIDO AMNIOTICO	
69416	2012	EMOGLOBINA, RICERCA, MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE	
69408	2013	EMOGLOBINE ANOMALE (HBS, HBD, HBH, ETC.)	
76877	2014	EMOLISINA ACIDA (TEST DI HAM)	
76885	2015	EMOLISINA BIFASICA (TEST DI DONATH-LANDSTAINER)	
76893	2016	ENOLASI NEURONE SPECIFICA (NSE)	
76901	2017	ENTEROBATTERI, ESAME COLTURALE	
69391	2018	ENZIMI LEUCOCITARI (MARKERS CITOCHIMICI)	
71365	2019	EPARINA	
65238	2020	ERITROCITI, DOSAGGIO DEL SODIO O DEL POTASSIO O DEL CALCIO O DEL MAGNESIO	
71744	2021	ERITROPOIETINA SU SIERO O URINE	
71894	2022	ESPETTORATO, ESAME COLTURALE	
72447	2023	ESSUDATI E TRASUDATI, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (P.S., RIVALTA, DOS. PROT.)	
72264	2024	ESTRADIOLO - 17 BETA ESTRADIOLO	
72256	2025	ESTRIOLO	
72207	2026	ESTROGENI TOTALI	
76887	2027	ESTRONE	
76889	2028	ETANOLO	
76919	2029	ETOSUCCIMIDE (DOSAGGIO FARMACO)	
76927	2030	F.D.P. (X.D.P.) PLASMATICI O URINARI	
69383	2031	FARMACI ANTIINFIAMMATORI, DOSAGGI (ACETAMINOFENE, PARACETAMOLO, SALICILATI, ETC.)	
69375	2032	FARMACI ANTITUMORALI, DOSAGGIO (CICLOFOSFAMIDE, METOTREXATE, ETC.)	
69367	2034	FATTORE DI NECROSI TUMORALE (TNF)	
69359	2035	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	
76935	2036	FATTORE PIASTRINICO 4 (PF4)	
71548	2037	FATTORE REUMATOIDE O REUMATEST	
70607	2038	FATTORE RH, ASSETTO GENICO	
70516	2039	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (F, II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII)	
72116	2040	FECI, ESAME CHIMICO, MICROSCOPICO E PARASSITOLOGICO	
76943	2041	FECI, ESAME COLTURALE (COPROCOLTURA)	
72124	2042	FECI, ESAME PARASSITOLOGICO	
72140	2043	FECI, RICERCA SANGUE OCCULTO (QUALSIASI METODICA)	
76950	2044	FENILALANINA	

71258	2045	FENITOINA (E ALTRI FARMACI ANTIEPILETTICI - DEPAKIN, TEGRETOL, ZARONTIN), DOSAGGIO	
76968	2046	FENOBARBITALE (DOSAGGIO FARMACO)	
76976	2047	FENOLI URINARI	
65254	2048	FENOMENO L.E.	
76984	2049	FENOTIPO RH (COMPRESO DU)	
72835	2050	FERRITINA	
65262	2051	FERRO URINARIO	
70987	2052	FIBRINOGENO	
76992	2053	FIBRINOPEPTIDE A	
77008	2054	FIBRONECTINA	
71860	2056	FLORA MICROBICA, ESAME MICROSCOPICO	
77016	2057	FLUORO, DOSAGGIO	
70938	2058	FOSFATASI ACIDA	
77024	2060	FOSFATASI ALCALINA	
77005	2061	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMI (ANCHE LEUCOCITARIA)	
65751	2062	FOSFATI CLEARENCE	
77040	2063	FOSFO ESOSO ISOMERASI (PHI)	
77057	2064	FOSFOLIPASI A	
77065	2065	FOSFOLIPIDEMIA	
65289	2067	FREE BETA/MSA-FP SCREENING (13,2-22,3 SETT.)	
65297	2068	FREE BETA/PAPP-A SCREENING (8,5-13,2 SETT.)	
77081	2069	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE)	
77099	2070	FRUTTOSIO	
72322	2071	FSH (ORMONE FOLLICOLO STIMOLANTE)	
72761	2072	GALATTOSILIDROSSILISINA	
72769	2073	GALATTOSIO	
72637	2074	GALATTOSIO (PROVA DA CARICO)	
71068	2075	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT)	
65768	2076	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI ISOENZIMI (GAMMA GT)	
71753	2077	GASTRINA	
70714	2078	GLICEMIA	
69340	2079	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	
70169	2080	GLICOSURIA NELLE 24 ORE	
77107	2081	GLOBULINA LEGANTE GLI ORMONI SESSUALI (SHBG)	

77115	2082	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	
77123	2083	GLUCAGONE	
71134	2084	GLUCOSIO 6 FOSFATO-DEIDROGENASI (G 6 PDH)	
77131	2085	GLUCOSIO NEL LIQUIDO AMNIOTICO	
71142	2086	GLUTAMMATO DEIDROGENASI (GLDH)	
77149	2087	GLUTATIONE REDUTTASI	
70383	2088	GRUPPO SANGUIGNO AB0 E FATTORE RH (CON 2 ANTICORPI)	
65305	2089	HBSAG CON TITOLAZIONE	
65313	2090	HBV DNA	
69322	2091	HBV DNA - POLIMERASI	
69314	2092	HBV ACIDI NUCLEICI, IBRIDAZIONE	
72806	2093	HCV GENOTIPO	
72811	2094	HCV RIBA	
72823	2095	HCV RNA QUALITATIVO	
72831	2096	HCV RNA QUANTITATIVO	
72840	2097	HCV SOTTOTIPI	
69306	2098	HEV RNA SIERICO	
69298	2099	HIV RNA SIERICO	
65321	2100	HIV QUALITATIVO E/O QUANTITATIVO	
77164	2101	HERPES SIMPLEX, RICERCA DIRETTA	
77156	2102	HPL (ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA)	
77170	2103	HPV (PAPILLOMAVIRUS)	
77177	2104	HPV TIPIZZAZIONE SOTTOTIPI	
69273	2106	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITÀ ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO	
71076	2107	IDROSSIBUTIRRATO DEIDROGENASI (HBDH)	
77172	2108	IDROSSIPROLINA URINARIA	
77180	2109	IDROSSITRIPTAMINA (SEROTONINA)	
65338	2110	IGF-1 O IGF-2	
77206	2111	IMMUNO ANTI EMOLISIME ANTI A E/O B	
71720	2112	IMMUNO ANTICORPI ANTI A E/O B ED EVENTUALE TITOLAZIONE	
77222	2113	IMMUNO COMPLESSI CIRCOLANTI	
77214	2114	IMMUNO COMPLESSI HBSAG/HBSAB - IGM	
77248	2115	IMMUNOELETTROFORESI DEL SIERO O DELLE URINE	

77255	2116	IMMUNOGLOBULINE A SECRETORIE NELLA SALIVA O IN ALTRI LIQUIDI BIOLOGICI	
71605	2117	IMMUNOGLOBULINE E SPECIFICHE (RAST) (QUALSIASI NUMERO DI DOSAGGI PER ALIMENTI O PER INALANTI)	
71571	2118	IMMUNOGLOBULINE IG TOTALI O IGA O IGD O IGG O IGM	
71589	2119	IMMUNOGLOBULINE IGE TOTALI (PRIST) (QUALSIASI NUMERO DI DOSAGGI PER ALIMENTI O PER INALANTI)	
69265	2120	IMMUNOGLOBULINE IGG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (CIASCUNA)	
69257	2121	IMMUNOGLOBULINE LINFOCITARIE DI SUPERFICIE	
77263	2122	INCLUSIONI ERITROCITARIE	
72686	2124	INDICE DI ZOJA	
69249	2125	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	
72694	2126	INSULINA	
77271	2127	INTERFERONE	
77289	2128	INTERLEUCHINA 2	
10045	3210	INTERLEUCHINA 6	
72454	2129	INTRADERMO REAZIONE DI CASONI	
72421	2130	INTRADERMOREAZIONE ALLA TUBERCOLINA (TINE TEST)	
69230	2131	INTRADERMOREAZIONE CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (CIASCUNA)	
65354	2132	IODIO	
69222	2133	ISOCITRATO DEIDROGENASI SIERICA (ICDH)	
72462	2134	LATTE: ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO	
70920	2135	LATTICO DEIDROGENASI (LDH)	
77291	2136	LATTICO DEIDROGENASI ISOENZIMI	
77339	2137	LATTOSIO	
71928	2138	LE TEST	
71159	2139	LEUCIN ARIL PEPTIDASI (LAP)	
69214	2140	LEVODOPA	
77321	2141	LH	
71084	2142	LIPASI	
70797	2143	LIPEMIA	
77347	2144	LIPOPROTEINA A	
77354	2145	LIPOPROTEINA X	
72777	2146	LIQUIDO AMNIOTICO, ESAME COLTURALE	
69206	2147	LIQUIDO AMNIOTICO, FOSFOLIPIDI O RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	
72066	2148	LIQUIDO CEFALO RACHIDIANO, ESAME CHIMICO, MICROSCOPICO E MORFOLOGICO	

77362	2149	LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO, ESAME COLTURALE	
72025	2150	LIQUIDO SEMINALE, ESAME COLTURALE	
71985	2151	LIQUIDO SEMINALE, ESAME CON INDICE DI FERTILITÀ E DETERMINAZIONI BIOCHIMICHE	
69198	2152	LIQUIDO SINOVIALE, ESAME CHIMICO, FISICO E MICROSCOPICO	
77372	2153	LISOZIMA	
71100	2154	LITIO	
77375	2155	LSD	
77370	2156	LUPUS ANTI COAGULANTE (LAC)	
72785	2157	MAGNESIO S/U	
69181	2158	MALATO DEIDROGENASI SIERICA (MDH)	
72793	2159	MANGANESE	
72033	2160	MECONIO - ESAME	
77396	2161	MELANURIA	
72801	2162	MERCURIO	
70185	2163	METADONE	
77415	2164	METAEMOGLOBINA O SOLFOEMOGLOBINA	
77418	2165	METANEFRINE URINARIE	
77404	2166	MICETI, ESAME COLTURALE (COMPRESA RICERCA ED IDENTIFICAZIONE)	
77412	2167	MICOPLASMI UROGENITALI (RICERCA ED IDENTIFICAZIONE)	
77420	2168	MICROALBUMINURIA, CLINOSTATISMO O ORTOSTATISMO	
77438	2169	MIDOLLO OSSEO, ESAME COLTURALE	
69173	2170	MIDOLLO OSSEO, ESAME PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO (CARATTERIZZAZIONE DI CELLULE PATOLOGICHE CON REAZIONI CITOCHIMICHE E CITOENZIMATICHE)	
77446	2171	MIOGLOBINA (DOSAGGIO)	
69155	2172	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS TEST)	
71704	2173	MONONUCLEOSI (MONOTEST)	
69147	2174	MUCOPOLISACCARIDI URINARI (GLICOSAMMINOGLICANI)	
70995	2175	MUCOPROTEIDEMIA	
77453	2176	NEOPTERINA	
77481	2177	NITRATI URINARI	
77479	2178	NORADRENALINA PLASMATICA	
77461	2179	NORADRENALINA URINARIA	
77491	2180	OMOCISTEINA	
70177	2182	OPPIACEI (DROGHE D'ABUSO)	

71092	2183	ORNITIL CARBAMIL TRASFERASI (OCT)	
77487	2184	OSMOLARITÀ PLASMATICA O URINARIA	
71290	2185	OSSALATI	
70330	2186	OSSITOCINA	
72819	2187	OSTEOCALCINA	
72843	2188	PANNELLO DI TORCH (TOXO, CITO, RUBEO, HERPES) IGG O IGM	
77032	2189	PAP (MARCATORE TUMORALE)	
70334	2190	PARASSITA MALARICO O ALTRI PARASSITI NEL SANGUE	
77495	2191	PARATORMONE (PTH)	
69139	2192	PARATORMONE RELATED PEPTIDE	
71902	2193	PELI E SQUAME CUTANEE, ESAME PER MICOSI	
70337	2194	PEPSINOGENO I	
71399	2195	PH EMATICO (UNICO ESAME)	
77511	2196	PHADIATOP	
71118	2197	PIOMBO	
69120	2198	PIRIDINOLINA (HP) - DEOSSIPRIDINOLINA (LP) - CIASCUNA	
77529	2199	PIRUVATOKINASI ERITROCITARIA	
69112	2200	PLASMINA SIERICA	
77503	2201	PLASMINOGENO	
69104	2202	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	
69096	2203	POLYPEPTIDE PANCREATICO SIERICO (PP)	
69088	2204	PORFIRINE, RICERCA QUALITATIVA E QUANTITATIVA	
70052	2205	PORFIRINE, TOTALI	
77563	2206	PORFOBILINOGENO URINARIO	
65784	2207	PREALBUMINA PLASMATICA	
72272	2208	PREGNANDIOLO	
77545	2209	PREGNANTRIOLO	
77567	2210	PRIME TEST	
77552	2211	PRIMIDONE (DOSAGGIO FARMACO)	
65362	2212	PROCALCITONINA	
77560	2213	PROGESTERONE	
72348	2214	PROLATTINA (PRL)	
77631	2215	PROSTAGLANDINA	

69071	2216	PROTEINA C ANTICOAGULANTE	
77555	2217	PROTEINA C PLASMATICA	
71514	2218	PROTEINA C REATTIVA (QUALITATIVA E/O QUANTITATIVA)	
77639	2219	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI (ECP)	
69063	2220	PROTEINA DI WALDESTROM	
77559	2221	PROTEINA S ANTIGENE PLASMATICA, LIBERA O TOTALE	
77578	2222	PROTEINE TOTALI NEL LIQUIDO AMNIOTICO	
70078	2223	PROTEINE URINARIE (DOSAGGIO)	
70896	2224	PROTEINEMIA TOTALE	Non rimborsabile in associazione a elettroforesi delle sieroproteine
69055	2225	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	
65370	2226	PROTOPORFIRINE TOTALI	
69047	2227	PROTROMBINA, FRAMMENTI 1, 2	
70649	2229	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITÀ TRASFUSIONALE	
69039	2230	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	
72652	2231	PROVA DA CARICO CON AMMINOACIDI	
72660	2232	PROVA DA CARICO VITAMINA K	
69020	2233	PROVA DI COMPATIBILITÀ MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO	
69011	2234	PROVA DI COMPATIBILITÀ SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO	
70367	2235	PROVE EMOGENICHE (TEMPO DI STILLICIDIO, TEMPO DI COAGULAZIONE, FRAGILITÀ CAPILLARE, ETC.)	
69003	2236	PURINE E LORO METABOLITI	
71233	2238	RAME (CUPREMIA)	
71506	2239	REAZIONE DI PAUL-BUNNEL	
71555	2240	REAZIONE DI WAALER-ROSE	
71456	2241	REAZIONE DI WASSERMAN	
77586	2242	REAZIONE DI WASSERMAN + 2 REAZIONI DI FLOCCULAZIONE	
70060	2243	REAZIONE IMMUNOLOGICA DI GRAVIDANZA	Non rimborsabile in associazione a Beta HCG
77696	2244	RECETTORI DEGLI ESTROGENI O DEL PROGESTERONE, DOSAGGIO	
72355	2245	RENINA O ANGIOTENSINA II	
70326	2246	RESISTENZE OSMOTICHE ERITROCITARIE (TEST DI SIMMEL)	
70284	2247	RETICOLOCITI, CONTEGGIO (UNICO ESAME)	
70441	2248	RETRAZIONE DEL COAGULO	
71738	2249	RICERCA ROSETTE E	

65800	2250	ROTAVIRUS, RICERCA NELLE FECI	
71225	2251	SALICILATO	
70268	2252	SCHEMA DI ARNETH (UNICO ESAME)	
77699	2253	SCOTCH TEST (RICERCA UOVA OSSUORI)	
70862	2256	SIDEREMIA	
77602	2257	SOLFATI URINARI	
77610	2258	SOMATOMEDINA	
65405	2259	SOMATOSTATINA	
77628	2260	SORBITOLO DEIDROGENASI	
68987	2261	SOSTANZA AMILOIDE, RICERCA	
71993	2262	SPIROCHETA, ESAME MICROSCOPICO	
77636	2263	STAFILOCOCCI E STREPTOCOCCI, ESAME COLTURALE	
72397	2264	STH (ORMONE SOMATOTROPO PLASMATICO O URINARIO)	
77644	2265	STREPTOZYME, TEST	
72579	2266	SUCCO DUODENALE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO	
72561	2267	SUCCO GASTRICO, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO	
77651	2268	T3 REVERSE	
77669	2269	T3 UPTAKE	
77677	2270	TAMPONE AURICOLARE (MONOLATERALE), ESAME COLTURALE	
77685	2271	TAMPONE CONGIUNTIVALE (MONOLATERALE), ESAME COLTURALE	
77693	2272	TAMPONE NASALE, ESAME COLTURALE	
77701	2273	TAMPONE OROFARINGEO, ESAME COLTURALE	
77719	2274	TAMPONE URETRALE, ESAME COLTURALE	
77727	2275	TAMPONE VAGINALE, ESAME COLTURALE	
65413	2276	TELOPEPTIDI	
70482	2277	TEMPO DI CONSUMO DI PROTROMBINA	
70557	2278	TEMPO DI LISI DEL COAGULO O FIBRINOLISI	
77735	2279	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	
70458	2280	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	
70466	2281	TEMPO DI PROTROMBINA PARZIALE (PTT)	
70474	2282	TEMPO DI PROTROMBINA RESIDUA	
77743	2283	TEMPO DI RICALCIFICAZIONE (HOWELL)	
77750	2284	TEMPO DI TROMBINA (TT)	

77851	2285	TEMPO DI TROMBOPLASTINA ATTIVATA (APTT)	
77768	2286	TEOFILLINA	
77753	2287	TEST ALLA BROMOCRIPTINA	
65421	2288	TEST ALLA METACOLINA	
65438	2289	TEST ALLA SECRETINA	
77858	2290	TEST ALLA TOLBUTAMIDE	
77757	2291	TEST DEL SUDORE, STIMOLO CON PILOCARPINA (DOSAGGIO CLORO, SODIO E POTASSIO)	
77784	2292	TEST DI ADESIVITÀ PIASTRINICA	
70425	2293	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA	
77792	2294	TEST DI AUTOEMOLISI	
68979	2295	TEST DI HAM	
68960	2296	TEST DI KLEIHauer (RICERCA DI EMASIE FETALI)	
70391	2297	TEST DI COOMBS MORESCHI DIRETTO	
70409	2298	TEST DI COOMBS MORESCHI INDIRETTO	
68952	2299	TEST DI KWEIM (SARCOIDOSI)	
77800	2300	TEST DI FALCIZZAZIONE	
77776	2301	TEST DI LITTLE-KATZ (LEUCOCITURIA DOPO PREDIVISIONE)	
77937	2302	TEST DI NELSON MAYER O DI IMMOBILIZZAZIONE	
77929	2303	TEST DI NORDIN	
68944	2304	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	
68936	2305	TEST DI STIMOLAZIONE DI STH (GH) - 5 DOSAGGI	
68928	2306	TEST DI STIMOLAZIONE CON ACTH (O TEST AL SYNACTHEN) RAPIDO (TRE DOSAGGI)	
70201	2307	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (FITOEMOAGGLUTINAZIONE O ALTRO) - BLASTOGENESI	
65446	2308	TESTOSTERONE LIBERO	
70433	2309	TEST DI THORN CON STIMOLO CON ACTH	
72363	2310	TESTOSTERONE PLASMATICO O URINARIO	
77818	2311	TIPIZZAZIONE ANTIGENI A-B-O	
77826	2312	TIPIZZAZIONE BIOCHIMICA O SIEROLOGICA DI GERMI O SALMONELLE	
65819	2313	TIPIZZAZIONE DI CELLULE EMOPOIETICHE (FINO A 6 ANTIGENI)	
70698	2316	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA (QUALSIASI NUMERO DI SOTTOPOPOLAZIONI)	
68895	2317	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I E II	
77834	2318	TIREOGLOBULINA	
77842	2319	TIROXINA LIBERA (FT4)	

77859	2320	TIROXINA TOTALE (T4)	
71530	2321	TITOLO ANTI STAFILOLISINICO (TAF)	
77970	2322	TITOLO ANTI STREPTOCHINASICO	
77981	2323	TITOLO ANTI STREPTOJALURONIDASICO	
71522	2324	TITOLO ANTI STREPTOLISINICO (TAS O ASLO)	
71696	2325	TPHA	
70912	2326	TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) O GLUTTAMMICO PIRUVICA (GPT)	
78009	2327	TRANSCOBALAMINA	
71126	2328	TRANSFERRINA (CAPACITÀ FERRO LEGANTE)	
65827	2329	TRANSFERRINA CARBOIDRATO CARENTE (CDT)	
77867	2330	TRANSFERRINA TOTALE	
65454	2331	TRANSGLUTAMINASI TISSUTALE (TTG)	
72017	2332	TRICHOMONAS: RICERCA	
70789	2333	TRIGLICERIDI	
76034	2334	TRIIODOTIRONINA LIBERA O TOTALE (FT3 O T3)	
65835	2335	TRIIODOTIRONINA UPTAKE (T3 UPTAKE)	
72544	2336	TRIPSINA S/U	
78018	2337	TRITEST O BITEST	
68887	2338	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	
65843	2339	TROMBINA COAGULASI	
78029	2340	TROMBOELASTOGRAMMA	
68879	2341	TROMBOSSANO B2	
68860	2342	TROPONINA I O T CARDIO SPECIFICO	
72389	2343	TSH (ORMONE TIREOTROPO)	
65851	2344	URATI CLEARENCE	
72595	2345	UREA, CLEARANCE	
70813	2346	URICEMIA	
77875	2347	URICURIA NELLE 24 ORE	
70011	2348	URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO	
77883	2349	URINE, ESAME PARZIALE (ACETONE E GLUCOSIO QUANT.)	
65868	2350	URINE: PROVA DI CONCENTRAZIONE E/O DILUIZIONE (COME UNICO ESAME)	
77891	2351	URINOCOLTURA	
78091	2352	UROPORFIRINE	

70300	2353	VALORE EMATOCRITO (UNICO ESAME)	
71472	2354	VDRL	
70342	2355	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE	
65876	2356	VIBRIONE COLERICO NELLE FECI (RICERCA DIRETTA)	
68852	2357	VIRUS ESAME COLTURALE	
68844	2358	VIRUS IBRIDAZIONE ACIDI NUCLEICI	
65884	2359	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE (RICERCA DIRETTA)	
68836	2360	VISCOSITÀ EMATICA	
68828	2361	VISCOSITÀ PLASMATICA	
78101	2362	VITAMINA A (RETINOLO)	
77909	2363	VITAMINA B12 O FOLATI (ACIDO FOLICO)	
65462	2364	VITAMINA D (1-25 OH)	
77917	2365	VITAMINA D3 (25 OH VIT. D3)	
68811	2366	VITAMINE LIPOSOLUBILI O IDROSOLUBILI, DOSAGGIO PLASMATICO	
73999	2367	WEIL-FELIX, (TIFO PETECCHIALE) AGGLUTINAZIONE PER	
77925	2368	WESTERN BLOT - TEST DI CONFERMA PER INFEZIONI VIRALI	
78141	2369	WIDAL (TIFO E PARATIFO A E B), AGGLUTINAZIONE PER	
71423	2370	WIDAL-WRIGHT (TIFO, PARATIFO E MELITENSE), AGGLUTINAZIONE PER	
77933	2371	XILOSIO	
77941	2372	ZINCO (O ALTRI METALLI NON SPECIFICATI - ALLUMINIO, NICHEL, SELENIO, ETC.), DOSAGGIO	
68803	2373	ZINCOPROTOPORFIRINA	
Markers Tumorali			
Per la presente branca rimane valido quanto esposto per gli "Accertamenti Diagnostici" in generale e quanto indicato per le "Analisi Cliniche".			
75739	1850	ANTIGENE CARBOIDRATICO (CA 15.3, CA 19.9, CA 50, CA 54.9, CA 72.4, CA 125, CA 195, CYFRA 21, MCA, NSE, TA4 O SCC)	
71563	1853	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	
75747	1858	ANTIGENE POLIPEPTICO TISSUTALE (TPA) SPECIFICO (TPS)	
75754	1859	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	
75729	1860	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO LIBERO (FREE-PSA)	
75945	1904	CAM 26 O CAM 29 (MARCATORE TUMORALE)	
65197	1922	CD 95 ATTIVATO	
65205	1978	CROMOGRAMINA SIERICA	
77001	2059	FOSFATASI ACIDA PROSTATICA (ENZIMATICA)	

Citogenetica (prenatale e post-natale)

Sono rimborsabili esclusivamente gli esami di citogenetica prenatale e post-natale di seguito riportati, se rientranti nelle Garanzie dei singoli Piani Sanitari, nei limiti indicati da questi e comunque solo dietro prescrizione del Medico Chirurgo specializzato in genetica medica (genetica clinica). Non sono previste altre possibilità.

69959	1737	ANALISI CITOGNETICA PER RICERCA DI SITI FRAGILI, SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI, PATOLOGIA DA FRAGILITÀ CROMOSOMICA	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
69942	1738	ANALISI CITOGNETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO, RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
73975	1911	CARIOTIPO DA CELLULE SINCRONIZZATE	
70623	1908	CARIOTIPO DA LINFOCITI SU SANGUE PERIFERICO	
75949	1909	CARIOTIPO DA ASPIRATO MIDOLLARE	
76002	1910	CARIOTIPO DA CELLULE DEL TROFOBLASTO CORIALE	
72290	1912	CARIOTIPO DA FIBROBLASTI	
76572	1913	CARIOTIPO DA LINFOCITI FETALI SU SANGUE PERIFERICO	
75986	1914	CARIOTIPO FETALE SU LIQUIDO AMNIOTICO (INCLUSO DOSAGGIO ALFAFETOPROTEINA)	
75994	1915	CARIOTIPO SU MATERIALE ABORTIVO	

Genetica Molecolare

Le prestazioni della presente sezione sono rimborsabili esclusivamente, se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario (nei limiti da questo esposte) dietro presentazione della prescrizione rilasciata da un Medico-Chirurgo specializzato in Genetica Medica (genetica clinica) oppure in Oncologia oppure in Ginecologia oppure in Ematologia (non sono previste altre possibilità). Poiché il risultato di molti esami non varia con il passare del tempo, si raccomanda la conservazione degli esiti poiché il Fondo non rilascia copia di quanto eventualmente pervenutogli. La conservazione del risultato degli esami è a cura dell'assistito.

69508	1954	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O RNA	
69424	1986	DNA, ANALISI DI SEGMENTI MEDIANTE SEGUENZIAMENTO	Rimborsabile 1 sola volta
75853	1891	BIOLOGIA MOLECOLARE, QUALSIASI TIPO DI RICERCA	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
69432	1985	DNA, ANALISI DI MUTAZIONE DI MALATTIA	Rimborsabile 1 sola volta
65221	2003	EMOFILIA A E B	Rimborsabile 1 sola volta
65246	2033	FATTORE V MUTAZIONI (LEIDEN, CAMBRIDGE, HONG KONG)	Rimborsabile 1 sola volta
65270	2055	FIBROSI CISTICA (STUDIO DELLE MUTAZIONI, SCREENING I LIVELLO (50 O PIÙ MUTAZIONI))	Rimborsabile 1 sola volta
77045	2066	FRAGILITÀ CROMOSOMICA	Rimborsabile 1 sola volta
69281	2105	IBRIDAZIONE IN SITU SU METAFASI E/O NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI (FISH)	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
65346	2123	INDAGINI GENETICHE PER ATROFIE E DISTROFIE MUSCOLARI, MALATTIA DI HUNTINGTON, SINDROME DI ANGELMAN O DI PRADER-WILLI	Rimborsabile 1 sola volta
65776	2181	MUTAZIONE MTHFR	Rimborsabile 1 sola volta
65792	2228	FATTOREII/PROTROMBINA, MUTAZIONI	Rimborsabile 1 sola volta
65389	2254	SCREENING PER ANEMIA FALCIFORME	Rimborsabile 1 sola volta
65397	2255	SCREENING PER TALASSEMIA TAY SACHS	Rimborsabile 1 sola volta

68911	2314	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A, HLA-B, HLA-C CIASCUNA (SOLO IN CASO DI TRAPIANTO D'ORGANO DOCUMENTABILE)	
10075	3237	TEST PREDISPOSIZIONE GENETICA ALLA CELIACHIA HLA-DQA1, HLA-DQB1, HLA-DRB	
Esami cito/istologici/immunoistochimici			
Esami Citologici			
<p>Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.</p> <p>Si specifica che, nell'ambito del presente Nomenclatore, l'esame "Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)" è rimborsabile, se previsto dalla Garanzia degli accertamenti diagnostici del proprio Piano Sanitario (nei limiti da questo previsto) sia nel caso del "Pap Test" standard sia nel caso di esame "Thin Prep".</p>			
76681	2374	CITOLOGICO (STRISCIO) PER RICERCA BATTERIOLOGICA VAGINALE (UNICO ESAME)	
71944	2375	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA ORMONALE	
76693	2376	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (BRONCOASPIRATO, ESPETTORATO, LIQUIDI SINOVIALI O LIQUIDI BIOLOGICI, SALVO URINE)	
71936	2377	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE - PIÙ STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE	
76621	2378	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE URINE (1 CAMPIONE)	Non sovrapponibile al medesimo esame su 3 campioni
76623	2379	CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE URINE (3 CAMPIONI)	Non sovrapponibile al medesimo esame su 1 campione
76707	2380	CITOLOGICO SU AGOASPIRATI MAMMARI, TIROIDEI O LINFOGHIANCOLARI	
76638	2381	CITOLOGICO TESTICOLARE	
Esami Istologici/Immunoistochimici			
<p>Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.</p> <p>Per "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" si intende l'esame effettuato su una singola parte anatomica/neoformazione mentre, "Istologico, ogni inclusione in più" si intende, correlato al "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" e quindi l'ulteriore esame effettuato su campioni parziali dello stesso, secondo il seguente esempio: data 1 neoformazione, si effettua "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)", vengono effettuati 2 ulteriori istologici di parte/frammenti di questa medesima neoformazione, si effettuano dunque n°2 "istologici, ogni inclusione in più"; date 2 neoformazioni diverse, si effettua l'esame istologico di entrambe le neoformazioni, ovvero si effettuano n°2 "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)".</p>			
76713	2382	IMMUNOFENOTIPO DI POPOLAZIONI CELLULARI NEOPLASTICHE, PER SINGOLO ANTICORPO USATO (CITOCHERATINA, VIMENTINA, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1)	
76739	2383	IMMUNOFENOTIPO DI POPOLAZIONI CELLULARI NEOPLASTICHE: OGNI ANTICORPO SUCCESSIVO AL PRIMO	Correlato al codice 2382 richiedibile per ogni anticorpo in più oltre al primo
76747	2384	IMMUNOFENOTIPO DI POPOLAZIONI LINFOCITARIE PER DIAGNOSI DI LINFOMA	
76762	2385	IMMUNOISTOCHIMICA SU PARAFFINA: ESTROGENI O PROGESTERONE O INDICI DI PROLIFERAZIONE CELLULARE	
71951	2386	ISTOLOGICO (1 PER PARTE ANATOMICA O NEOFORMAZIONE)	
76788	2387	ISTOLOGICO, OGNI INCLUSIONE IN PIÙ	
71969	2388	ISTOLOGICO DURANTE INTERVENTO (ESTEMPORANEO) (1 PER PARTE ANATOMICA O NEOFORMAZIONE)	

76804	2389	ISTOLOGICO DURANTE INTERVENTO (ESTEMPORANEO) (OGNI INCLUSIONE IN PIÙ)	
Prelievi			
<p>Si precisa che, indipendentemente dal Piano Sanitario, il prelievo è compreso nelle prestazioni stesse, non è pertanto rimborsabile (o imputabile dalle Strutture Sanitarie convenzionate) come voce a sé stante, neanche se rientrante all'interno del ticket (in caso di prestazioni in convenzione con il S.S.R). L'eventuale richiesta di prelievo domiciliare, come voce aggiuntiva all'esame stesso e limitatamente a quelli previsti dal Nomenclatore e rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario, deve chiaramente risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia, ovvero deve risultare compatibile con il quadro clinico critico che ha reso necessario il prelievo presso il domicilio.</p>			
77958	2390	PRELIEVO ARTERIOSO A DOMICILIO	
72975	2391	PRELIEVO VENOSO O CAPILLARE A DOMICILIO	
77982	2392	PRELIEVO DI SUCCO DUODENALE	
77990	2393	PRELIEVO DI SUCCO GASTRICO	
77966	2394	PRELIEVO PROSTATICO A DOMICILIO	
77974	2395	PRELIEVO RETTALE A DOMICILIO	
72991	2396	PRELIEVO SECREZIONE URETRALE O VAGINALE A DOMICILIO	
Cardiologia			
<p>Le voci descritte, qualora rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario, comprendono, sempre, l'uso delle apparecchiature e dei compensi professionali.</p> <p>L'e.c.g. di base necessita sempre della prescrizione medica con diagnosi certa o presunta, salvo l'esecuzione dello stesso in corso di visita cardiologica, in tal caso, sarà sufficiente la refertazione del professionista.</p> <p>Si precisa che i "Test ergometrici" sono comprensivi dell'e.c.g. di base, ovvero gli esami non si sommano.</p> <p>Nessun rimborso è previsto per accertamenti eseguiti al fine di rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva, ecc.), e quant'altro specificato nelle "Esclusioni" e nel paragrafo "Prestazioni non previste da FasiOpen" all'interno delle singole Guide dei Piani Sanitari.</p>			
76806	2397	CARDIOTOCOGRAFIA (COME UNICO ESAME)	
76853	2398	CARDIOTOCOGRAFIA (DURANTE LA VISITA)	
73072	2399	E.C.G. DI BASE	
78014	2400	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO (TEST DI MASTER)	
73098	2401	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO TREADMILL	
73106	2402	E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTER (24 H)	
73080	2403	E.C.G. DOMICILIARE	
73726	2404	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)	
78030	2405	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO	
73718	2406	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE	Comprensivo dell'e.c.g di base
76855	2407	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) CON DETERMINAZIONE CONSUMO DI O2 COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE	Comprensivo dell'e.c.g di base
68795	2408	TILT TEST	

Diagnostica per immagini**Angiografia**

Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente nell'ambito di quanto disciplinato dalle singole Garanzie (se previste) del proprio Piano Sanitario e comprendono l'intera équipe medica-radiologica-anestesiologica, del personale tecnico/ausiliario, il contrasto, le radiografie necessarie (complete delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari).

I materiali speciali ed eventuali medicinali, se previsti dal proprio Piano Sanitario, sono regolamentati secondo quanto descritto nella relativa sezione D.

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

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

75010	2409	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO	
78048	2410	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)	Non associabile ad altre voci di angiografia midollare
78055	2411	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)	Non associabile ad altre voci di angiografia midollare
78063	2412	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)	Non associabile ad altre voci di angiografia midollare
75127	2413	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA	
75044	2414	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA	
65011	2415	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI	Non associabile ad altre voci di arteriografia aorta addominale, iliaca e/o arti inferiori
75077	2416	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI	
78071	2417	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)	
78097	2418	ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)	
78105	2419	ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI	Non associabile ad altre voci di arteriografia aorta addominale, iliaca e/o arti inferiori
78113	2420	ARTERIOGRAFIA POLMONARE	
78121	2421	ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA	
78089	2422	ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICO-ADDOMINALE)	
75093	2423	CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE	Non sovrapponibile ad altre voci di flebografia arti superiori o arti inferiori
78139	2424	CONTROLLO TIPS	
78147	2425	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA	
75085	2426	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI	
78154	2427	FLEBOGRAFIA DELL'ORBITA	
78162	2428	FLEBOGRAFIA DI UN ARTO	
78170	2429	FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE	

78188	2430	FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE	
78196	2431	FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE	
78204	2432	FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE	
78212	2433	FLEBOGRAFIA SPINALE	
75119	2434	LINFOGRAFIA	
78220	2435	PANANGIOGRAFIA CEREBRALE	

Ecografia

Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste in apposita Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario.

Tutte le prestazioni si considerano eseguite con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove necessario, sono comprensive di medicinali/farmaci. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini presenti nella sezione di diagnostica vascolare, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (applicato sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Gli esami sono comprensivi dell'eventuale assistenza anestesiológica e, laddove specificato nel codice prestazione, si intende comprensivo anche del mezzo di contrasto.

Per addome superiore si intende: fegato, pancreas, milza, vasi addominali.

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

Per le ecografie linfonodali, si specifica che viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale, indipendentemente se trattasi di esame monolaterale o bilaterale (esempio: ecografia linfonodi ascellari corrisponde ad 1 unico codice 2448 ecc.).

78238	2436	ADDOMINALE INFERIORE-PELVI (ESAME COMPLETO)	
78246	2437	ADDOMINALE SUPERIORE (ESAME COMPLETO)	
78253	2438	ADDOME INFERIORE-PELVI E SUPERIORE CON VALUTAZIONE INTESTINO (ESAME COMPLETO)	
76857	2439	CICLO OVULATORIO (FINO AD 8 ESAMI)	
78519	2440	ECOCARDIOGRAMMA DOPPLER O COLORDOPPLER TRANSESOFAGEO	
73742	2441	ECOCARDIOGRAMMA M MODE 2D	
65892	2442	ECOCARDIOCOLORDOPPLER FETALE	
76859	2443	ECOCARDIOGRAMMA M MODE 2D DOPPLER E COLORDOPPLER, CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE O SOTTO SFORZO (ECOCARDIOSTRESS)	Compresi eventuali farmaci per le prove
78501	2444	ECOCARDIOGRAMMA M MODE 2D E DOPPLER, CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE O SOTTO SFORZO (ECOCARDIOSTRESS)	Compresi eventuali farmaci per le prove
65470	2445	ECOGRAFIA ENDOBRONCHIALE	
78493	2446	ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA PER QUALSIASI INTERVENTO	
73544	2447	ESAME IN GRAVIDANZA ANCHE GEMELLARE (QUALSIASI SETTIMANA)	
73178	6231	ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA CON TRANSLUCENZA NUCALE	
73157	6097	ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA MORFOLOGICA (ECOGRAFIA OSTETRICA ANCHE GEMELLARE ED ESAME MORFOLOGICO)	Non si somma alla normale ecografia in gravidanza
73144	6096	ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA FLUSSIMETRICA (ECOGRAFIA OSTETRICA ANCHE GEMELLARE E FLUSSIMETRIA FETALE)	Non si somma alla normale ecografia in gravidanza

73551	2448	FEGATO E VIE BILIARI - GHIANDOLE SALIVARI BILATERALI - GROSSI VASI - INTESTINALE - LINFONODI MONO/BILATERALI - MAMMARIA MONOLATERALE O BILATERALE - MEDIASTINICA O EMITORACICA - MILZA - MUSCOLARE, TENDINEA O ARTICOLARE - OCULARE E ORBITARIA- PANCREATICA - PARTI MOLLI - PELVICA (UTERO, ANNESSI E VESCICA) - PENIENA - PROSTATICA E VESCICALE, SOVRAPUBICA - RENALE E SURRENALE BILATERALE - TESTICOLARE (BILATERALE) - TIROIDEA E PARATIROIDEA - VESCICALE (COMPRESO EVENTUALE USO DEL MEZZO DI CONTRASTO)	Per le ecografie linfonodali, viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale, indipendentemente se mono o bilaterale. Comprensivo di eventuale mezzo di contrasto
73809	2449	PROSTATICA E VESCICALE O ANALE E RETTALE, TRANSRETTALE	
78428	2450	RENALE, SURRENALE BILATERALE E VESCICA	
78436	2451	SCROTALE ED INGUINALE PER RICERCA TESTICOLO RITENUTO	
78469	2452	TRANSESOFAGEA PER GASTROENTEROLOGIA	
78261	2453	TRANSFONTANELLE ENCEFALICA	
78477	2454	TRANSVAGINALE CON EVENTUALE COLORDOPPLER	
78485	2455	VESCICALE PERMINZIONALE O INTRACAVITARIA TRANSURETRALE	
Mineralometria - Densitometria ossea			
Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste nella Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario. Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.			
78527	2456	DENSITOMETRIA LOMBARE CON T.C.	Non sovrapponibile ad altri codici della sezione
73783	2457	DENSITOMETRIA TOTAL BODY	Non sovrapponibile ad altri codici della sezione
73585	2458	MINERALOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA (UN SEGMENTO O TRATTO)	Non sovrapponibile ad altri codici della sezione
76879	2459	MINERALOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA (PIÙ SEGMENTI O TOTAL BODY)	Non sovrapponibile ad altri codici della sezione
Radiologia tradizionale			
Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste nella Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario. Gli esami si intendono completi di tutte le proiezioni, radiogrammi necessari, qualsiasi contrasto utilizzato e/o insufflazione gassosa e di qualsiasi prestazione professionale medica e/o tecnica necessaria, compresa assistenza per scopia. Si specifica che il mezzo di contrasto per le sole prestazioni di "Radiologia Tradizionale" essendo considerata compresa negli esami, non vedrà nell'ambito della liquidazione, l'applicazione di eventuali scoperti/franchigie come invece previsto per gli altri accertamenti diagnostici. Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Si precisa che l'esame "bacino per anche" corrisponde ad un unico codice di radiografia bacino e non si somma al codice di radiografia anca. Lo studio delle "anche" o "studio comparativo dell'anca" non è assimilabile al "bacino per anche" e corrisponde alla somma di radiografia "anca destra" e radiografia "anca sinistra". Gli esami radiologici, effettuati da Odontoiatra o Struttura odontoiatrica, sono richiedibili solo nell'ambito della specifica procedura odontoiatria e solo se previsti dalla apposita Garanzia del proprio Piano Sanitario.			
74211	2460	ADDOME: ESAME DIRETTO	
78535	2461	APPARATO GENITALE FEMMINILE, ESAME DIRETTO	
78543	2462	APPARATO GENITALE MASCHILE, ESAME DIRETTO	
74518	2463	APPARATO URINARIO, ESAME DIRETTO	
74948	2464	ARTI ED ARTICOLAZIONI: OMERO, GOMITO, AVAMBRACCIO, FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA, ANCA	

74922	2465	ARTI ED ARTICOLAZIONI: POLSO, MANO, CAVIGLIA, PIEDE, DITA	
78550	2466	ARTI INFERIORI SOTTO CARICO CON BACINO	
78568	2467	ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, ESAME DIRETTO	
75341	2468	ARTROGRAFIA	
78576	2469	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE MONOLATERALE	
78584	2470	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE BILATERALE (COMPARATIVA)	
74831	2471	BACINO	Utilizzabile per "bacino per anche"
75390	2472	BRONCOGRAFIA, MONOLATERALE O BILATERALE	
78592	2473	CAVERNOSOGRAFIA	
78600	2474	CAVERNOSOGRAFIA CON MANOMETRIA	
74567	2475	CISTOGRAFIA	
78618	2476	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	Comprensivo del mezzo di contrasto
74559	2477	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	
78626	2478	CLAVICOLA	
74294	2479	CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO	Comprensivo del mezzo di contrasto
78642	2480	COLANGIOGRAFIA ATTRAVERSO TUBO DI KEHR O POST OPERATORIA	
74401	2481	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA (CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE)	
74435	2482	COLANGIOGRAFIA INTRA OPERATORIA	
74419	2483	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	
78634	2484	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA	
74443	2485	COLANGIOPANCREATOGRAFIA DIAGNOSTICA (ERCP ENDOSCOPIC CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY) RETROGRADE	
74385	2486	COLECISTOGRAFIA PER OS CON O SENZA PROVA DI BRONNER	
74898	2487	COLONNA VERTEBRALE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE, SACROCOCCIGEA (PER TRATTO)	
74914	2488	COLONNA VERTEBRALE COMPLETA	
78659	2489	COLONNA VERTEBRALE COMPLETA PIÙ BACINO SOTTO CARICO	Comprensivo di rx bacino
78667	2490	COLONNA VERTEBRALE, ESAME MORFOMETRICO (PER TRATTO)	
75366	2491	CORPI ESTRANEI, LOCALIZZAZIONE	
74716	2492	CRANIO E/O SENI PARANASALI	
78691	2494	DACRIOCISTOGRAFIA	
78709	2495	DEFECOGRAFIA	
78717	2496	DERIVAZIONI LIQUORALI, CONTROLLO RADIOLOGICO	

65489	2497	DETERMINAZIONE DIAMETRI PELVICI	
74815	2498	EMIMANDIBOLA	
74021	2499	ESAME RADIOLOGICO A DOMICILIO DEL PAZIENTE (OLTRE L'ESAME)	
74013	2500	ESAME RADIOLOGICO A LETTO DEL PAZIENTE (OLTRE L'ESAME) - IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO	
76895	2501	ESAME RADIOLOGICO IN SALA OPERATORIA (OLTRE L'ESAME)	
74237	2502	ESOFAGO CON CONTRASTO OPACO	Comprensivo del mezzo di contrasto
78725	2503	ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	Comprensivo del mezzo di contrasto
78733	2504	ETÀ OSSEA (MANO E POLSO O GINOCCHIO, ETC.)	
74096	2505	FARINGE: ESAME DIRETTO	
74302	2506	FARINGOGRAFIA OPACA	
75325	2507	FISTOLOGRAFIA	
78741	2508	FORAMI OTTICI	
78758	2509	GALATTOGRAFIA	
74310	2510	GHIANDOLE SALIVARI, ESAME DIRETTO	
78766	2511	GINOCCHIO SOTTO CARICO	
74625	2512	ISTEROSALPINGOGRAFIA (COMPRESO ESAME DIRETTO) - COMPRESA PRESTAZIONE DEL RADIOLOGO/GINECOLOGO	
78782	2513	LARINGE, ESAME DIRETTO	
74104	2514	LARINGOGRAFIA OPACA	
74120	2515	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	
74138	2516	MAMMOGRAFIA BILATERALE	
74757	2517	MASTOIDE	
75234	2518	MIELOGRAFIA CERVICALE O DORSALE	
78790	2519	ORBITA, ESAME DIRETTO	
65497	2520	ORTOPANTOMOGRAFIA DI UNA O ENTRAMBE LE ARCADE DENTARIE	
74732	2521	OSSA NASALI, ESAME DIRETTO	
78808	2522	PIEDI SOTTO CARICO	
78816	2523	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	
78824	2524	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	
78832	2525	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	
78840	2526	PIELOURETROGRAFIA PERCUTANEA	
78857	2527	PNEUMOCISTOGRAFIA MAMMARIA	
78865	2528	RADICOLOGRAFIA	
78873	2529	REGIONE VESCICALE, ESAME DIRETTO	

78881	2530	ROCCE PETROSE	
76897	2531	ROTULA	
76846	2532	ROTULA ASSIALI A 30°, 60°, 90°	
74963	2533	SCAPOLA	
74856	2534	SCHELETRO TORACICO COSTALE MONOLATERALE	
78899	2535	SCHELETRO TORACICO COSTALE BILATERALE	
74328	2536	SCIALOGRAFIA	
74740	2537	SELLA TURCICA, ESAME DIRETTO	
78907	2538	SPALLA	
78915	2539	SPALLA SOTTO CARICO	
74872	2540	STERNO	
78923	2541	STOMACO CON DOPPIO CONTRASTO	Comprensivo del mezzo di contrasto
74245	2542	STOMACO, DUODENO	
78931	2543	STRATIGRAFIA A BOCCA APERTA E CHIUSA DELLA A.T.M., MONOLATERALE	
78949	2544	STRATIGRAFIA A BOCCA APERTA E CHIUSA DELLA A.T.M., BILATERALE	
78956	2545	STRATIGRAFIA A RIPOSO DELLA LARINGE E CON FONAZIONE	
78964	2546	STRATIGRAFIA DEL MEDIASTINO	
78972	2547	STRATIGRAFIA DEL TORACE, MONOLATERALE	
78980	2548	STRATIGRAFIA DEL TORACE, BILATERALE	
74153	2549	STRATIGRAFIA DI QUALSIASI DISTRETTO O SEGMENTO ANATOMICO, SALVO I CASI DESCRITTI	
65023	2550	STUDIO DEI TEMPI DI TRANSITO INTESTINALE	
78998	2551	STUDIO SELETTIVO ULTIMA ANSA	
79004	2552	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	
65701	2553	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI)	
79012	2554	TENUE A DOPPIO CONTRASTO CON STUDIO SELETTIVO	Comprensivo del mezzo di contrasto
74260	2555	TENUE, ESAME SERIATO	
79020	2556	TESSUTI MOLLI, ESAME DIRETTO	
79038	2557	TIROIDE, ESAME DIRETTO	
79046	2558	TIROIDE, ESOFAGOGRAMMA CERVICALE	
74070	2559	TORACE TRADIZIONALE O EQUALIZZATO E/O TELECUORE	
79061	2560	TRACHEA, ESAME DIRETTO	
74336	2561	TUBO DIGERENTE: PRIME VIE (ESOFAGO, STOMACO, DUODENO)	
74252	2562	TUBO DIGERENTE: SECONDE VIE (TENUE, COLON)	

74278	2563	TUBO DIGERENTE: COMPLETO (STOMACO, DUODENO, COLON, ESOFAGO)	
74542	2564	URETROCISTOGRAFIA ASCENDENTE E MINZIONALE	
74534	2565	UROGRAFIA (ESAME COMPLETO)	
79079	2566	VASI, ESAME DIRETTO	
79087	2567	VESCICOLO DEFERENTOGRAFIA	

Risonanza Magnetica Nucleare

Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste nella Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario. Gli esami si intendono completi di tutte le sequenze di acquisizione necessarie, della prestazione anestesiológica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta). Si precisa ulteriormente che, per i Piani Sanitari a Garanzia, il mezzo di contrasto è considerata voce a se stante e pertanto, eventuali franchigie e scoperti saranno applicati anche a questa voce.

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibioperoneo-astraglica); piccole (le restanti).

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

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

Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione.

Si precisa ulteriormente che gli esami "Total Body" comprendono anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "R.M. Collo". Altresì si precisa che, anche per questa edizione del Nomenclatore, l'esame "Cine R.M. Cuore" è riconosciuto come "R.M. Cuore", non è pertanto assimilabile all'esame "Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni".

76715	2701	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO	
79160	2702	ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO, SALVO I CASI DESCRITTI)	
73216	6099	ANGIO R.M. CIRCOLO ENDOCRANICO, INCLUSO R.M. ENCEFALO	
73234	6101	ANGIO R.M. TRONCHI SOVRAORTICI (DI 1 O 2 TRONCHI SOVRAORTICI)	
76994	2703	ATM BILATERALE	
79178	2704	CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI	
76848	2705	COLANGIO E/O WIRSUNG RMN, INCLUSO STUDIO ADDOME SUPERIORE	
79186	2706	R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	
76899	2707	R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI	
79202	2708	R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)	
76903	2709	R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO	
76978	2710	R.M. ENCEFALO E/O IPOFISI	
65900	2711	R.M. CUORE	
76905	2712	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)	
79244	2713	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)	
79269	2714	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)	
79319	2715	R.M. TOTAL BODY PER RICERCA LESIONI FOCALI: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	

79335	2716	STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI, INCLUSO R.M. ENCEFALO	
10077	3239	R.M. BACINO	
10078	3240	R.M. COLLO O MASSICCIO FACCIALE O FARINGE O NERVI ACUSTICI	
10079	3241	R.M. TORACE E MEDIASTINO	
10080	3242	R.M. MAMMELLA BILATERALE	
10081	3243	PET-RM QUALSIASI DISTRETTO (COMPRESO RADIOISOTOPO ED EVENTUALE TRASPORTO)	

Tomografia Assiale Computerizzata

Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste nella Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario. Gli esami si intendono completi di tutte le sequenze di acquisizione necessarie, della prestazione anestesiológica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta). Si precisa ulteriormente che, per i Piani Sanitari a Garanzia, il mezzo di contrasto è considerata voce a se stante e pertanto, eventuali franchigie e scoperti saranno applicati anche a questa voce.

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibioperoneo-astraglica); piccole (le restanti).

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

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

Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione.

Si precisa ulteriormente che gli esami "Total Body" comprendono anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici". Altresì si specifica che, per la "T.C. della colonna vertebrale", il segmento è da riferirsi al tratto o ai tratti specificati nei codici stessi.

76986	2717	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO	
76655	2718	ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO VASCOLARE CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D - SALVO I CASI DESCRITTI	
73424	6107	ANGIO T.C. AORTA ADDOMINALE E ARTERIE ARTI INFERIORI	
73446	6109	ANGIO T.C. AORTA TORACICA E/O ADDOMINALE	
73458	6110	ANGIO T.C. ARTERIE RENALI O VASI SPLANCNICI	
73465	6111	ANGIO T.C. DI 1 O 2 ARTI SUPERIORI O INFERIORI	
73474	6112	ANGIO T.C. CIRCOLO ENDOCRANICO	
73482	6113	ANGIO T.C. DEL CUORE	
73499	6114	ANGIO T.C. DELLE ARTERIE CORONARIE	
73507	6115	ANGIO T.C. TORACE (ARTERIE O VENE POLMONARI)	
79400	2719	ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI	
65505	2720	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)	
65513	2721	COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)	
79418	2722	DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 1 ARCATA	
79426	2723	DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 2 ARCADE	

79434	2724	MIELO T.C.: 1 TRATTO COLONNA VERTEBRALE	
79442	2725	MIELO T.C.: 2 TRATTI COLONNA VERTEBRALE	
79459	2726	MIELO T.C.: 3 TRATTI COLONNA VERTEBRALE	
65521	2727	O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA	
79467	2728	T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	
76907	2729	T.C. BACINO E SACRO	
79491	2730	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI INTERSOMATICI	
79517	2731	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO)	
79533	2732	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCOCCIGEO)	
76988	2733	T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCCHIE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI O TC MASSICCIO FACCIALE	
65919	2734	TC MASCELLARE COMPRESA ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE	
76663	2735	T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI	
79566	2736	T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI	

Diagnostica vascolare

Ultrasonografia doppler - ecodoppler - ecocolordoppler

Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste nella Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario. Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso non è quindi riconosciuto il doppio addebito. Le voci esposte sono valide anche per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc.

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini ecografiche, le voci degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Si precisa che gli esami bilaterali su arti superiori eseguiti nella medesima seduta degli esami bilaterali su arti inferiori, corrispondono all'esame su quattro arti per il quale si deve fare riferimento all'apposito codice.

L'ecocardiogramma doppler e/o ecocolordoppler cardiaco non sono assimilabili alle voci della presente sezione.

Per tali prestazioni si dovrà fare riferimento alla sezione Ecografia.

73593	2737	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): DOPPLER	
73874	2738	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): ECODOPPLER	
79574	2739	ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): ECOCOLORDOPPLER	
79582	2740	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): DOPPLER	
79590	2741	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): ECODOPPLER	
79608	2742	ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): ECOCOLORDOPPLER	
76665	2743	ECOCOLORDOPPLER DI QUALSIASI ALTRO DISTRETTO O SEGMENTO VASCOLARE ARTERIOSO-VENOSO NON DESCRITTO	
79616	2744	PENIENO O TESTICOLARE: DOPPLER	
79624	2745	PENIENO O TESTICOLARE: ECODOPPLER	
79632	2746	PENIENO O TESTICOLARE: ECOCOLORDOPPLER	

79640	2747	TRANSCRANICO COMPLETO: ECODOPPLER	
79657	2748	TRANSCRANICO COMPLETO: ECOCOLORDOPPLER	
79665	2749	TRANSCRANICO COMPLETO CON ANALISI SPETTRALE	
79673	2750	TRONCHI SOVRAORTICI: DOPPLER	
79681	2751	TRONCHI SOVRAORTICI: ECODOPPLER	
79699	2752	TRONCHI SOVRAORTICI: ECOCOLORDOPPLER	
79707	2753	VISCEALE: DOPPLER	
79715	2754	VISCEALE: ECODOPPLER	
79723	2755	VISCEALE: ECOCOLORDOPPLER	
Medicina nucleare (scintigrafia)			
Le voci sono rimborsabili solo ed esclusivamente se esplicitamente previste nella Garanzia (se previste) del proprio Piano Sanitario. Le tariffe si intendono comprensive dei medicinali, degli indicatori, dei materiali d'uso e dell'assistenza cardiologica, anestesiológica (ove necessaria) e del personale tecnico. Le tariffe sono comprensive di eventuali test farmacologici, ergometrici e qualsiasi tipo di procedura diagnostica provocativa.			
Apparato circolatorio			
76909	2756	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO	
79798	2757	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	
79806	2758	ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI	
76717	2759	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)	
76323	2760	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)	
76721	2761	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)	
79830	2762	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)	
65538	2763	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE	
76815	2764	SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)	
65927	2765	STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)	
Apparato digerente			
79855	2766	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	
76117	2767	SCINTIGRAFIA DELLE ghiandole SALIVARI	
73588	6122	STUDIO SCINTIGRAFICO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	
79863	2768	VALUTAZIONE DELLE GASTRO ENTERORRAGIE	
Apparato emopoietico			
76141	2769	DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMASIE	

76174	2770	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO	
76240	2771	DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA	
76208	2772	DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)	
76422	2773	LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA	
76125	2774	MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE	
76166	2775	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	
Apparato osteo-articolare			
76824	2776	PET-TC QUALSIASI DISTRETTO (COMPRESO RADIOISOTOPO ED EVENTUALE TRASPORTO)	
76471	2777	SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA	
76831	2778	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA	
76463	2779	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	
Apparato respiratorio			
79848	2780	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	
76364	2781	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)	
76861	2782	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)	
76349	2783	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	
Apparato urinario			
76874	2784	CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA	
76273	2785	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)	
76915	2786	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)	
76265	2787	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE	
Fegato e vie biliari e milza			
76922	2788	SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)	
76091	2789	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)	
76932	2790	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)	
65546	2791	SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE	
76075	2792	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)	
76947	2793	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPFFERIANA	
76216	2794	SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMAZIE AUTOLOGHE	

Sistema nervoso centrale

76372	2795	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)	
76953	2796	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)	
79764	2797	SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	
76962	2798	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)	
76971	2799	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)	
76224	2800	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE	

Tiroide e paratiroide

76018	2801	CAPTAZIONE TIROIDEA	
76042	2802	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)	
76026	2803	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	
79772	2804	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO	
79780	2805	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI	

Altri organi

79889	2806	IMMUNOSCINTIGRAFIA	
79897	2807	RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI	
65554	2808	RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA) (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE-RADIOLOGO)	
76497	2809	SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE	
76521	2810	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI	
76513	2811	SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE	
76562	2812	SCINTIGRAFIA SURRENALE	

Neurologia

Le prestazioni sono rimborsabile esclusivamente se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

La necessità di effettuazione delle sotto indicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in neurologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Le tariffe sono onnicomprensive dei materiali d'uso e dei medicinali.

79905	2813	BRAIN MAPPING	
79913	2814	CURA DEL SONNO (TERAPIA COMPLETA)	
73346	2815	ELETTROENCEFALOGRAMMA	
79921	2816	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	Compreso farmaci per induzione del sonno

73767	2817	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 ORE	
65935	2818	ELETTROENCEFALOGRAMMA (MONITORAGGIO INTRAOPERATORIO)	
73361	2819	ELETTROMIOGRAFIA COMPLETA SENZA DISTINZIONE DI SEGMENTO	
79939	2820	ELETTRONEUROGRAFIA CON VELOCITÀ DI CONDUZIONE MOTORIA E SENSITIVA (PER ARTO)	
80267	2821	ELETTROSHOCK CON NARCOSI E SPASMOLISI (OGNI APPLICAZIONE)	
73379	2822	ESAME ELETTRODIAGNOSTICO CRONASSIMETRICO (PER ARTO)	
73353	2823	ESAME ELETTRODIAGNOSTICO SEMPLICE (PER ARTO)	
79947	2824	POLIFISIOGRAFIA DEL SONNO (1 CICLO)	Non sovrapponibile al codice 2825
79954	2825	POLIFISIOGRAFIA DEL SONNO (INTERA NOTTE)	Comprensivo di eventuale EEG. Non sovrapponibile al codice 2824
73817	2826	POTENZIALI EVOCATI (BAERS - PES - PEV)	
65562	2827	POTENZIALI EVOCATI MOTORI PER STIMOLAZIONE MAGNETICA CORTICALE	
79962	2828	POTENZIALI EVOCATI MULTIMODALI	
79988	2829	SHOCK INSULINICO	
79996	2830	SHOCK CON ALTRI MEZZI MEDICAMENTOSI	
80002	2831	STUDIO NEUROFISIOLOGICO DEL PAVIMENTO PELVICO	
80341	2832	STUDIO REFLESSOLOGICO DEL TRONCO DELL'ENCEFALO (BLINK-REFLEX, RIFLESSI MANDIBOLARI E STUDIO DEI PERIODI SILENTI MASSETERE)	
73825	2833	TEST AFASIE (DIAGNOSTICA DELLE AFASIE)	
65570	2834	TEST ALLA L-DOPA PER DIAGNOSI DI M. DI PARKINSON	
65589	2835	TEST DI DESMEDT (O DI STIMOLAZIONE RIPETITIVA) PER MIASTENIA GRAVIS	

Oculistica

Le prestazioni sono rimborsabili esclusivamente se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

La necessità di effettuazione delle sotto indicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in oftalmologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che, si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte. La transilluminazione, il Fundus Oculi, il test di Shirmer, il test di But e lo schermo di Hess sono compresi nella visita. La Fotografia del fondo oculare è rimborsabile esclusivamente se eseguita da medico chirurgo specializzato in oftalmologia e solo contestualmente alla visita specialistica, ovvero la prestazione dovrà essere compresa negli accertamenti diagnostici del proprio Piano Sanitario e la visita specialistica nell'apposita Garanzia (o in quella degli stessi accertamenti). La Tonometria è rimborsabile solo se eseguita in seduta separata rispetto alla visita specialistica (dovrà quindi rientrare nella Garanzia del proprio Piano Sanitario), contrariamente si considera compresa nella visita stessa. Gli accertamenti propedeutici all'intervento di cataratta (previsto in modalità a pacchetto) sono rimborsabili esclusivamente se rientranti nella Garanzia degli accertamenti e se l'intervento stesso rientra tra quelli previsti dal proprio Piano Sanitario.

65943	2836	BIOMICROSCOPIA AD ULTRASUONI (UBM)	
73411	2837	CAMPIMETRIA CINETICA O STATICA - PERIMETRIA	

73775	2838	CAMPIMETRIA COMPUTERIZZATA (VCP)	
77011	2839	CONTA CELLULE ENDOTELIALI (SALVO I CASI DESCRITTI)	
77023	2840	ECOBIOMETRIA (CRISTALLINO)	
80366	2841	ELETTROMIOGRAFIA	
80374	2842	ELETTRONISTAGMOGRAFIA	
73841	2843	ELETTROOCULOGRAMMA	
73395	2844	ELETTRORETINOGRAMMA	
73387	2845	ESAME ORTOTTICO COMPLETO (ORTOTTISTA)	
80275	2846	ESERCIZI ORTOTTICI (A SEDUTA) (ORTOTTISTA)	
80390	2847	FLUORANGIOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	
80408	2848	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON FLUORESCINA	
65597	2849	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON VERDE INDOCIANINA	
73437	2850	FLUORANGIOSCOPIA, ANGIOSCOPIA DEL SEGMENTO ANTERIORE, TEMPO DI CIRCOLO DELLA FLUORESCINA	
73429	2851	FOTOGRAFIA DEL FONDO O DEL SEGMENTO ANTERIORE A COLORI O BIANCO E NERO	
65951	2852	HEIDELBERG RETINA TOMOGRAPHY (OFTALMOSCOPIA LASER CONFOCALE) CON ANALISI MORFOMETRICA DEL NERVO OTTICO	
65605	2853	GDX (SCANNING LASER POLARIMETRIA RETINICA)	
73460	2854	GONIOSCOPIA	
65613	2855	MICROPERIMETRIA	
80416	2856	OFTALMODINAMOMETRIA	
73858	2857	PACHIMETRIA CORNEALE	
80424	2858	POTENZIALI EVOCATI VISIVI	
73452	2859	PUPILLOGRAFIA	
73445	2860	RETINOGRAFIA	
65960	2861	S.C.O. (ESAME DEL DISCO OTTICO E DELLE FIBRE NERVOSE RETINICHE)	
73403	2862	TONOGRAFIA E TEST DI PROVOCAZIONE	
73601	2863	TONOMETRIA, ORBITOTONOMETRIA (SE UNICO ATTO MEDICO; DIVERSAMENTE COMPRESO NELLA VISITA)	
77036	2864	TOPOGRAFIA CORNEALE	
65978	2865	VALUTAZIONE FLUSSO EMATICO OCULARE (OBF)	
65621	2866	VALUTAZIONE NICTOEMERALE PRESSIONE OCULARE (CURVA TONOMETRICA)	
Otorinolaringoiatria			

Le prestazioni sono rimborsabili esclusivamente se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

La necessità di effettuazione delle sottoindicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in otorinolaringoiatria. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe previste per i singoli Piani Sanitari.

80440	2867	ELETTROCOCLEOGRAFIA (ECOG)	
80457	2868	ESAME AUDIOMETRICO PER ADATTAMENTO PROTESICO	
73494	2869	ESAME AUDIOMETRICO TONALE E VOCALE	
73791	2870	ESAME FONIATRICO (LOGOPEDISTA)	
65638	2871	ESAME VESTIBOLARE CON REGISTRAZIONE V.N.G. (VIDEO NISTAGMOGRAFIA)	
65646	2872	ESAME VESTIBOLARE CON REGISTRAZIONE V.N.S. (VIDEO NISTAGMOSCOPIA)	
65654	2873	ESAME VESTIBOLARE CON REGISTRAZIONE V.N.S. (VIDEO NISTAGMOSCOPIA) E V.N.G. (VIDEO NISTAGMOGRAFIA)	
80465	2874	ESAME VESTIBOLARE CON STIMOLAZIONE PENDOLARE	
80473	2875	ESAME VESTIBOLARE CON STIMOLAZIONE ROTATORIA	
73502	2876	ESAME VESTIBOLARE CON STIMOLAZIONE TERMICA	
80481	2877	ESAME VESTIBOLARE CON STIMOLAZIONE TERMICA E ROTATORIA	
80499	2878	ESAME VESTIBOLARE CON STIMOLAZIONE TERMICA, PENDOLARE E ROTATORIA	
80283	2879	ESERCIZI FONIATRICI (A SEDUTA) (LOGOPEDISTA)	
73528	2880	GUSTOMETRIA	
73635	2881	IMPEDENZOMETRIA	
81406	2882	INSUFFLAZIONI ENDOTIMPANICHE (NON ESEGUITE IN STABILIMENTI TERMALI)	
81430	2883	IRRIGAZIONI NASALI (NON ESEGUITE IN STABILIMENTI TERMALI)	
65986	2884	MANOVRE LIBERATORIE PER CANALICOLITIASI	
73510	2885	OLFATTOMETRIA	
80507	2886	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	
80614	2887	RINOMANOMETRIA (ANTERIORE E POSTERIORE)	
65994	2888	STABILOMETRIA DINAMICA	
66002	2889	STABILOMETRIA STATICA	

Pneumologia

Le prestazioni sono rimborsabili esclusivamente se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

La necessità di effettuazione delle sottoindicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in pneumologia. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Le tariffe sono comprensive dei materiali d'uso ed eventuali medicinali.

80317	2890	AEROSOLTERAPIA (NON ESEGUITE IN STABILIMENTI TERMALI)	
40048	2891	BRONCOISTILLAZIONE-BRONCOASPIRAZIONE	
73049	2892	CAPNOGRAFIA	

73064	2893	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	
80150	2894	ESERCIZI RESPIRATORI ED ALTRE PROCEDURE (DRENAGGIO) (A SEDUTA)	
73304	2895	OSSIMETRIA ARTERIOSA (PAO2 O SAO2)	
80622	2896	PLETISMOGRAFIA CORPOREA (MISURA VGT, RESISTENZE, VOLUMETRIA)	
80630	2897	PLETISMOGRAFIA INDUTTIVA TORACICA	
73056	2898	PNEUMOTACOGRAFIA (CURVA FLUSSO-VOLUME) (UNICA PROVA)	
80648	2899	PNEUMOTACOGRAFIA DI BASE E DOPO TEST DI BRONCOCOSTRIZIONE/DILATAZIONE (UNICA PROVA)	
81455	2900	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	
73015	2901	SPIROMETRIA SEMPLICE (CON VITALOGRAPH)	
73031	2902	SPIROMETRIA CON PROVA DA SFORZO	
80655	2903	SPIROMETRIA CON PROVA DA SFORZO E TEST DI DIFFUSIONE	
80663	2904	SPIROMETRIA CON PROVA DA SFORZO ED OSSIMETRIA CONTINUA	
80671	2905	SPIROMETRIA CON TEST DI DIFFUSIONE E COEFFICIENTE DI DUTTANZA POLMONARE	
80689	2906	SPIROMETRIA CON TEST FARMACO-DINAMICI	
80697	2907	SPIROMETRIA CON VOLUME RESIDUO	Non sovrapponibile al codice 2896
80705	2908	SPIROMETRIA SEPARATA (BRONCOSPROMETRIA)	
80754	2909	TEST DI DIFFUSIONE IN 'STEADY STATE'	
80762	2910	TEST DI DIFFUSIONE IN RESPIRO SINGOLO	
80770	2911	TEST DI DIFFUSIONE SOTTO SFORZO	
80788	2912	TEST DI DUTTANZA POLMONARE	
80168	2913	VENTILOTERAPIA (A SEDUTA)	

Test allergometrici/Allergologia

Le prestazioni sono rimborsabili esclusivamente se rientranti nelle Garanzie del proprio Piano Sanitario. Le tariffe rappresentano i compensi professionali e comprendono i materiali d'uso. Sono esclusi dai rimborsi i medicinali e/o le sostanze usate per gli esami (serie di allergeni). Le tariffe si intendono per seduta a cui si può aggiungere la tariffa della visita una sola volta per ciclo di sedute/terapie solo se prevista dal Piano Sanitario. La documentazione di spesa deve essere sempre accompagnata da attestazione medica riportante esattamente: la diagnosi ed il numero delle sedute/terapie ritenute necessarie. Le prestazioni della presente sezione non sono assimilabili ai vaccini (qualsiasi tipologia).

72488	2914	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA INIETTIVA O IMMUNOTERAPIA SPECIFICA CON VELENO DI IMENOTTERI	
72520	2915	PATCH TEST - SERIE GIRDCA (A LETTURA IMMEDIATA - QUALSIASI NUMERO DI APTENI)	
70193	2916	PRICK TEST PER INALANTI ED ALIMENTI (A LETTURA IMMEDIATA - QUALSIASI NUMERO DI ALLERGENI) O PRICK TEST ED INTRADERMOREAZIONI SCALARI PER VELENO DI IMENOTTERI	
77053	2917	TEST DI PROVOCAZIONE CONGIUNTIVALE ALLERGENE SPECIFICO O NASALE ALLERGENE SPECIFICO O BRONCHIALE ALLERGENE SPECIFICO (QUALSIASI NUMERO DI ALLERGENI) O BRONCHIALE ASPECIFICO (METACOLINA, ISTAMINA, ETC.)	

77061	2918	TEST DI TOLLERANZA INIETTIVO PER ANESTETICI LOCALI O ANESTETICI GENERALI (QUALSIASI NUMERO DI FARMACI) O PER BETALATTAMINE (CON CATENE LATERALI O PER PENICILLINE) O PER ALTRI FARMACI	
72736	2919	TEST DI TOLLERANZA ORALE PER FARMACI (QUALSIASI NUMERO DI FARMACI) O PER ALIMENTI (QUALSIASI NUMERO DI ALIMENTI) O PER ADDITIVI ALIMENTARI E FARMACOLOGICI (QUALSIASI NUMERO DI ADDITIVI)	
SEZIONE Q. FISIOKINESITERAPIA			
<p>Le prestazioni sono rimborsabili esclusivamente se rientranti in apposita Garanzia del proprio Piano Sanitario e nei limiti di quanto da questi disciplinati.</p> <p>Il rimborso, per i Piani Sanitari con rimborso analitico, è limitato al totale di 80 prestazioni per anno (1° gennaio - 31 dicembre) per assistito (agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali hanno dei limiti annuali propri all'interno delle 80 prestazioni/anno. Il noleggio di apparecchiature ha, anch'esso propri limiti annuali ma non partecipa al calcolo dei limiti massimi delle prestazioni fisioterapiche), indipendentemente da tipo, tecnica, strumentazione, qualsiasi distretto anatomico trattato. Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori. Le tariffe sono onnicomprensive dei materiali d'uso e medicinali. Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche e/o a queste riconducibili.</p> <p>Per le cure domiciliari valgono le stesse regole, le stesse tariffe massime e limitazioni che regolamentano le prestazioni fisiochinesiterapiche eseguite presso una struttura sanitaria autorizzata dalle autorità competenti.</p> <p>Ulteriormente, si precisa che la voce/prestazione "Terapia Occupazionale" è riconosciuta dal Fondo, se prevista dalla Garanzia del proprio Piano Sanitario, in caso di iscritti/assistiti affetti da disabilità cognitive, fisiche, psichiche preesistenti mentre, la voce/prestazione "Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche" è riconosciuta dal Fondo, sempre se prevista dalla Garanzia del proprio Piano Sanitario, nel caso di danno neurologico invalidante e quindi, di terapia volta al recupero di capacità funzionali motorie o neuro-motorie recentemente ridotte e/o perdute per malattia o traumi e/o per patologie cronicodegenerative (es. Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla ecc.). Le predette voci si intendono a seduta, indipendentemente dal numero di terapie/prestazioni svolte all'interno della stessa, ovvero, le predette voci/prestazioni non si sommano ad altre voci/terapie/prestazioni della medesima sezione Q- Fisiokinesiterapia.</p> <p>Al fine del riconoscimento del rimborso per "Terapia Occupazionale" dovrà chiaramente risultare l'abilitazione del professionista che ha effettuato le sedute/prestazioni.</p> <p>Le voci con "manu medica" sono riconosciute dal Fondo, nell'ambito di quanto rientrante nel Piano Sanitario, esclusivamente se effettuate da medico-chirurgo abilitato nell'Unione Europea.</p> <p>Si ricorda che per accedere al rimborso delle prestazioni fisiochinesiterapiche è indispensabile inoltrare la prescrizione medica specialistica per patologia riportante la diagnosi certa (da non confondere con la sintomatologia) contenente il dettaglio delle terapie da seguire con specifica della tipologia, numero di sedute, numero di prestazioni per seduta e frequenza delle stesse.</p> <p>Il FasiOpen si riserva la facoltà di richiedere copia del diario fisiochinesiterapico giornaliero controfirmato dall'assistito nel caso di fruizione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (si precisa che, in caso di ricovero, il diario giornaliero fisiochinesiterapico è parte integrante della cartella clinica) e/o si riserva di eseguire controlli amministrativo-sanitari e/o verifiche del titolo accademico/specializzazione del professionista che ha eseguito le prestazioni, anche mediante consultazione degli elenchi registrati presso gli Ordini e/o Albi Professionali.</p>			
78022	2920	RIEDUCAZIONE CARDIOPATICI (A SEDUTA)	
79970	2921	RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA PER PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE ACUTE E CRONICHE (A SEDUTA)	
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)			
80036	2922	ONDE D'URTO RADIALI - DIATERMIA: ONDE CORTE/MICROONDE/MARCONI/RADARTERAPIA	
80093	2923	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (DIADINAMICHE O TENS)	
80119	2924	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI (ELETTROSTIMOLAZIONI, FARADICA, GALVANICA, IDROGALVANICA, INTERFERENZIALE)	
80069	2925	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	
80101	2926	IONOFORESI	
81422	2927	IPERTERMIA SEGMENTARIA	
80259	2928	LASERTERAPIA ANTALGICA	
80127	2929	MAGNETOTERAPIA	
56070	98	ONDE D'URTO FOCALI-MANU MEDICA - TRATTAMENTI AMBULATORIALI PER TESSUTI OSTEO-ARTICOLARI O TESSUTI MOLLI, SENZA ANESTETICI, OMNICOMPENSIVI DEI COMPENSI PROFESSIONALI, USO DELLA STRUTTURA	Rimborsabili massimo 6 prestazioni l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei limiti massimi previsti per

		SANITARIA ED EVENTUALI MATERIALI E MEDICINALI - A SEDUTA/PRESTAZIONE	le prestazioni della sezione fisioterapia
80242	2930	PRESSOTERAPIA O PRESSO - DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE O LINFODRENAGGIO MANUALE (LIMITATAMENTE AI CASI DI LINFEDEMA, LINFADENECTOMIA ASCELLARE/INGUINALE OPPURE NEI CASI DI INTERVENTO PER PROTESI DI ANCA NELL'AMBITO DELLE TERAPIE POST RICOVERO).	
85522	2931	TECARTERAPIA	
80051	2932	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA O APPLICAZIONE PUVA (A SEDUTA)	
80226	2933	ULTRASONOTERAPIA	
Kinesiterapia (terapia di movimento)			
80218	2934	AGOPUNTURA (MANU MEDICA)	Rimborsabili massimo 10 prestazioni l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei limiti massimi previsti per le prestazioni della sezione fisioterapia
81364	2935	ESERCIZI ASSISTITI IN ACQUA (A SEDUTA)	
81555	2936	ESERCIZI CON ATTREZZATURE PER ISOCINETICA (A SEDUTA)	
80135	2937	ESERCIZI POSTURALI	
80192	2938	RIEDUCAZIONE MOTORIA, PROPRIOCETTIVA	
80184	2939	MANIPOLAZIONI VERTEBRALI O CHIROTHERAPIA (MANU MEDICA)	Rimborsabili massimo 10 prestazioni l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei limiti massimi previsti per le prestazioni della sezione fisioterapia
80143	2940	MASSOTERAPIA	
80325	2941	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE - RIFLESSOGENA (MANU MEDICA)	
81563	2942	MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI	
81571	2943	MOBILIZZAZIONI VERTEBRALI	
81356	2944	TERAPIA OCCUPAZIONALE (A SEDUTA)	
80200	2945	TRAZIONI VERTEBRALI MECCANICHE (A SEDUTA)	
77069	2946	NOLEGGIO APPARECCHIATURA PER TERAPIA A DOMICILIO PER: KINESITERAPIA ATTIVA O PASSIVA O ELETTROTHERAPIA (IONOFORESI, DIADINAMIC, ELETTROSTIMOLAZIONE, TENS, ULTRASUONOTERAPIA) O MAGNETOTERAPIA O PRESSOTERAPIA, LIMITATAMENTE A POSTUMI DA FRATTURE O DA INTERVENTI CHIRURGICI ENTRO 365 GIORNI DALL'EVENTO COMPROVATO DA CARTELLA CLINICA; O PER VENTILAZIONE ASSISTITA DURANTE IL SONNO PER SINDROME DELL'APNEA NOTTURNA; O PER VACUUM THERAPY PER ULCERE CUTANEE	Rimborsabili massimo per 60 giorno l'anno

SEZIONE R. PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE

Le prestazioni sono rimborsabili esclusivamente se rientranti in apposita Garanzia del proprio Piano Sanitario e nei limiti di quanto da questi disciplinati. Le prestazioni odontoiatriche sono soggette, indipendentemente dal Piano Sanitario, a limiti temporali di rimborsabilità, oltre a quanto esposto nelle singole Garanzie dei Piani Sanitari che le prevedono. Al fine del calcolo dei limiti temporali (esposti analiticamente e validi per tutti i Piani Sanitari), si precisa che le prestazioni saranno imputate ad elementi dentari (se riferite al singolo elemento dentario/sede dentaria) e/o arcate e/o emiarcate. Ogni voce/prestazione che prevede una imputazione indica inequivocabilmente come sarà attribuita la stessa e conseguentemente, all'atto della richiesta, sarà necessario l'indicazione del relativo elemento dentario/ sede e/o arcata e/o emiarcata.

Si precisa altresì che, per determinate prestazioni di seguito elencate, qualora previste dal proprio Piano Sanitario, è obbligatoria la presentazione di un modulo di Piano di Cure preventivo da inoltrare al Fondo. Per queste medesime prestazioni, è previsto l'inoltro anche di documentazione pre-cure (in fase di Piano di Cure) e di documentazione post cure (in fase di richiesta di rimborso). Per ogni codice prestazione, sarà specificata la tipologia di documentazione pre-cure e di quella post cure obbligatoria. Poiché non è intenzione del Fondo imporre protocolli operativi ai professionisti curanti, si rammenta che, in alternativa alle radiografie, ove previsto, è possibile inoltrare la fotografia intraorale. Il rimborso delle fotografie intraorali e/o della diagnostica strumentale (radiografie), fatturata dall'Odontoiatra o dallo Studio Odontoiatrico è prevista esclusivamente se rientrante nella Garanzia Odontoiatria del proprio Piano Sanitario. Le radiografie fatturate da Centri Radiologici, Poliambulatori ecc (quindi strutture sanitarie non odontoiatriche), rientreranno, se previste nelle condizioni, nelle Garanzie degli accertamenti diagnostici del proprio Piano Sanitario.

Non sono rimborsabili voci/cure/prestazioni oltre quelle previste dal Nomenclatore e quindi oltre quanto previsto dal proprio Piano Sanitario, non sono dunque ammesse autonome codifiche per similitudine e non è previsto il rimborso di prestazioni prima della scadenza dei limiti temporali. Non sono sovrapponibili per le stesse sedi dentarie prestazioni imputabili ad elementi permanenti e/o decidui, così come non sono sovrapponibili, per la stessa persona, le medesime voci e/o voci differenti afferenti a diverse fasce di età. I limiti temporali vengono applicati indipendentemente dall'età.

Parodontologia

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate o emiarcate indipendentemente dall'età dell'iscritto/assistito. I codici 2585-30313 non sono rimborsabili in associazione al codice 2616 (intervento di rialzo del seno mascellare) se l'emiarcata interessata è edentula. Il codice progressivo 2587 comprende la correzione di lievi difetti ossei tramite inserimento di biomateriali per preservazione di alveolo post estrattivo, coperture di spire implantari esposte in fase chirurgica, trattamento di perimplantiti, chirurgia parodontale (biomateriali, membrane ed eventuali viti di fissaggio sono comprese nel codice stesso). Il codice 2587 non è rimborsabile nello stesso trimestre in cui viene richiesto il codice 2616 per la stessa emiarcata. Il codice 2587 per i Piani Sanitari a Garanzia che lo prevedono è rimborsabile esclusivamente in associazione a prestazioni implantologiche. Il codice 2589 "Splintaggio interdentale" è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali a partire dai 25 anni di età compiuti e non può, pertanto, essere utilizzato a supporto della terapia ortodontica né assimilato alla contenzione ortodontica. I codici 2588-30315 "Levigatura radicolare" non sono sovrapponibili, non sono assimilabili all'ablazione tartaro né all'igiene orale (prestazioni previste con apposita codifica e limiti) e non sono rimborsabili contestualmente al codice 6137.

20776	2583	CHIRURGIA GENGIVALE PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima arcata (indipendentemente dall'età)
20784	2584	CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima arcata (indipendentemente dall'età)
20826	2585	CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO DI ACCESSO - INCLUSA SUTURA) TRATTAMENTO COMPLETO PER EMIARCATA - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)
20768	2586	GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE - PER EMIARCATA - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)
20792	2587	INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO) - PER EMIARCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata

			(indipendentemente dall'età) - OBBLIGO DI PIANO DI CURE
20735	2588	LEVIGATURA RADICOLARE E COURETTAGE GENGIVALE (PER EMIARCATA) - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 2 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)
20743	2589	SPLINTAGGIO INTERDENTALE - QUALSIASI MATERIALE IMPIEGATO - SOLO PER PROBLEMATICHE PARODONTALI A PARTIRE DAI 25 ANNI DI ETÀ - PER EMIARCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)
7006	6130	VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA CON EVENTUALE PIANO DI CURE	Rimborsabile 1 volta l'anno solo in forma diretta
7007	6137	IGIENE ORALE: DETARTRASI	Rimborsabile 2 volte l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)

Chirurgia Orale

Sono compresi nelle relative prestazioni/cure i trattamenti di emorragia post extrationem; le medicazioni chirurgiche. Il codice 2591 non è assimilabile al riposizionamento apicale (allungamento corona clinica). Il codice 2592 è rimborsabile esclusivamente se corredato da relativo referto istologico (non sono previste deroghe). I codici 2593-30317 sono già comprensivi della competenza dell'ortodontista per l'ancoraggio, pertanto, in caso di richiesta concomitante al trattamento ortodontico, dovrà essere inoltrata documentazione pre-cure di dettaglio per i codici 2593-30317 e documentazione che evidenzia il trattamento ortodontico nella sua totalità. I codici delle estrazioni sono applicabili solo agli elementi naturali (non assimilabile all'estrazione/ rimozione di impianto) nella loro interezza (non è rimborsabile l'estrazione di frammenti). Il codice 2595 è rimborsabile solo su elementi dentari naturali mai erotti in arcata mentre il codice 2596 è rimborsabile solo su elementi parzialmente erotti (non assimilabile ad estrazione di elemento dentario fratturato). Non è rimborsabile l'espanto ed il successivo reimpianto di elemento dentario naturale. Il codice 2597 è rimborsabile solo in caso di protesi rimovibili definitive pregresse o contestuali. I codici 2600 e 2601, autorizzabili solo su elementi pluriradicati e trattati endodonticamente non sono compatibili sullo stesso elemento dentario. Il codice 2600 è già comprensivo dell'estrazione della radice. Il codice 2645 è applicabile a piccoli interventi di chirurgia orale non ricompresi nelle altre sottobranchie. Il codice 2645 non è utilizzabile per la scopertura degli impianti (compreso nella prestazione stessa). Il FasiOpen si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva e/o dettagli e/o relazioni mediche relative agli interventi del di cui codice 2645. L'anestesia generale (comprensivo delle competenze del professionista e dei relativi farmaci/medicinali) è rimborsabile unicamente per gli interventi di chirurgia odontostomatologica, in regime di ricovero, esclusivamente se il proprio Piano Sanitario prevede il rimborso di ricoveri per trattamento odontoiatrici. Non è previsto il rimborso di qualsiasi tipo di anestesia, differente da quella generale, per tutti gli altri casi le spese relative all'anestesia sono comprese nelle tariffe di rimborso delle prestazioni odontoiatriche stesse. Sono comprese nelle singole prestazioni, laddove necessario, le suture di qualsiasi tipo, i materiali ed i medicinali.

20024	2590	ANESTESIA GENERALE - SOLO IN CORSO DI RICOVERO (DAI 17 ANNI - A RICOVERO)	Rimborsabile 1 volta, solo in corso di ricovero (a ricovero) solo in forma indiretta.
20180	2591	APICECTOMIA COMPRESO OTTURAZIONE RETROGRADA - PER ELEMENTO - QUALSIASI NUMERO DI RADICI - A PARTIRE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
20305	2592	BIOPSIE, QUALSIASI TIPO, QUALSIASI NUMERO, QUALSIASI REGIONE CAVITÀ ORALE, COMPRESA LINGUA O ASPORTAZIONE DI CISTI MUCOSE, PICCOLE NEOPLASIE O PICCOLE LESIONI SIMIL-NEOPLASTICHE, ESCLUSO ESAME ISTOLOGICO	Rimborsabile 1 volta per pratica (indipendentemente dal numero)
20321	2593	DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI PER ELEMENTO (COMPENSIVO DELLA PRESTAZIONE DELL'ORTODONTISTA PER ANCORAGGIO) - DAI 21 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario - OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre cure
20115	2594	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE (SEMPLICE O COMPLESSA) DI ELEMENTO PERMANENTE COMPRESO EVENTUALI SUTURE - AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
20156	2595	ESTRAZIONE DI DENTE, COMPRESO III° MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - SOLO PER ELEMENTI MAI EROTTI IN ARCATA (ESCLUSO GERMECTOMIA) - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario/sede dentaria OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre cure - Fase di Rimborso radiografia post cure
20149	2596	ESTRAZIONE DI III MOLARE, IN INCLUSIONE OSSEA PARZIALE - SOLO PER ELEMENTI PARZIALMENTE EROTTI IN ARCATA - COMPRESO EVENTUALI SUTURE AD ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre cure - Fase di Rimborso radiografia post cure

20198	2597	INTERVENTI DI CHIRURGIA PREPROTESICA IN CASI DI EDENTULIA PARZIALE O TOTALE - SOLO IN PRESENZA DI PROTESI MOBILI DEFINITIVE PREGRESSE O CONTESTUALI - PER EMIARCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per emiarcata
20263	2598	FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA PER ARCATA DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta per arcata indipendentemente dall'età
20297	2600	RIZECTOMIA (COMPRESO LEMBO DI ACCESSO ED ESTRAZIONE DI RADICE) SOLO PER ELEMENTI PLURIRADICOLATI TRATTATI ENDODONTICAMENTE - PER ELEMENTO	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
20206	2601	RIZOTOMIA (COMPRESO LEMBO DI ACCESSO) - SOLO PER ELEMENTI PLURIRADICOLATI TRATTATI ENDODONTICAMENTE - PER ELEMENTO	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
21886	2645	INTERVENTI DI CHIRURGIA ORALE DAI 17 ANNI DI ETÀ	
23012	2653	CALCOLO SALIVARE, ASPORTAZIONE DI	Prestazione prevista solo in forma diretta presso strutture selezionate. Rimborsabile 1 volta a pratica indipendentemente dal numero di asportazioni OBBLIGHI: immagini pre cure che evidenzino la presenza del calcolo salivare
23038	2655	CISTI DEL MASCELLARE, OPERAZIONE PER	Prestazione prevista solo in forma diretta presso strutture selezionate. OBBLIGHI: Immagine pre cure che evidenzino la presenza della cisti oppure foto intraorale nel caso di diagnosi a seguito di suppurazione
23061	2658	NEOFORMAZIONI ENDOSSEE DI PICCOLE DIMENSIONI (OSTEOMI, CEMENTOMI, ODONTOMI, TOURUS PALATINO E MANDIBOLARE), EXERESI DI	Prestazione prevista solo in forma diretta presso strutture selezionate. OBBLIGHI: Pre Trattamento - immagine pre cure che mostri la presenza della neoformazione. Post Trattamento dichiarazione dell'odontoiatra curante che specifichi la tipologia di neoformazione endossea asportata.
23079	2659	OSTEITI CIRCOSCRITTE DEI MASCELLARI, TRATTAMENTO DI	Prestazione prevista solo in forma diretta presso strutture selezionate. OBBLIGHI: Pre-Trattamento: immagine pre cure che mostri la presenza della patologia infiammatoria che ha coinvolto l'osso.
23103	2661	SENO MASCELLARE, APERTURA PER PROCESSO ALVEOLARE	Prestazione prevista solo in forma diretta presso strutture selezionate. Non rimborsabile nello stesso trimestre del "Rialzo del seno mascellare e/o ampliamento verticale o orizzontale di cresta alveolare". Non rimborsabile in associazione al codice "Inserimento di materiale biocompatibile" ed "Innesto osseo o cartilagineo". La prestazione è comprensiva dell'innesto/inserimento di materiale (biocompatibile,

			osseo o cartilagineo). OBBLIGHI: PRE- TRATTAMENTO: Opt o Den- tascan o Tomografia a Fascio conico pre-intervento. POST-TRATTAMENTO: Opt post-intervento oppure Foto intraoperatoria. Descrizione dettagliata dell'intervento eseguito
23112	2662	INNESTO OSSEO O CARTILAGINEO	Prestazione prevista solo in forma diretta presso strutture selezionate. Non rimborsabile in associazione alla voce di "Seno mascellare, apertura per processo alveolare" e/o "Rialzo del seno mascellare e/o ampliamento verticale o orizzontale di cresta alveolare" e/o "Inserimento di materiale biocompatibile" (ed in tutti i casi non rimborsabile nello stesso trimestre dell'inserimento di materiale bio-compatibile). La voce è comprensiva di tutte le fasi chirurgiche (prelievo e innesto). OBBLIGHI: POST- TRATTAMENTO: Dichiarazione dell'odontoiatra curante che specifici la finalità del trattamento, la procedura, il tipo di biomateriale innesta- to e l'eventuale lotto dello stesso.
Conservativa			
Qualora previste dal proprio Piano Sanitario, è rimborsabile solo un'otturazione per elemento dentario indipendentemente dalla classe, età, deciduo/permanente ogni 3 anni. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il riattacco di frammento; il trattamento chimico per l'ipersensibilità; le otturazioni, qualsiasi tipo, contestualmente al codice 2609, 30326 e/o alla cura canalare (qualsiasi codice) e/o al ritrattamento endodontico (qualsiasi numero di radici - qualsiasi codice) dello stesso elemento dentario indipendentemente dall'età/tipologia di elemento (deciduo/permanente). Le otturazioni, di qualsiasi classe e/o tipologia, non sono rimborsabili contestualmente al codice 2603, 2632 e 30323 richiesti per lo stesso elemento dentario, altresì tutte le otturazioni (qualsiasi classe e codifica) non sono rimborsabili in associazione ai codici 2591 "Apicectomia", 2613-30329 "Pulpotomia", 2623-30331 "Ricostruzione moncone". I codici 2609-30326 sono rimborsabili solo su elementi dentari devitalizzati (contestualmente o precedentemente trattati), quindi il rimborso dei codici 2609-30326 implica l'avvenuto trattamento dell'elemento (indipendentemente se liquidato o meno dal Fondo). I codici 2609, 30326, 2603, 2632, 30323 e le otturazioni di qualsiasi classe/codifica non sono rimborsabili sugli elementi dentari per cui risulta liquidato o comunque riabilitati con un "Perno moncone" cod. 2622 (indipendentemente dal materiale utilizzato). I codici 2603, 2632, 30323 non sono rimborsabili sul gruppo anteriore (da canino a canino) e non sono assimilabili alle faccette protesiche e/o alle corone protesiche ¾ siano esse definitive o provvisorie. I codici 2602-30322 e le otturazioni, qualsiasi classe/codifica non sono assimilabili alle sigillature di elementi dentari. I codici 2602-30322 non sono assimilabili al trattamento di Apacificazione ed Apexogenesi (quest'ultime non rimborsabili).			
20529	2602	INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO-INDIRETTO - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età ed indipendentemente se deciduo o permanente)
21063	2603	INTARSIO IN LP (ORO) O CERAMICA INTEGRALE INLAY O ONLAY COMPRENSIVO DI BUILD UP E PROVVISORIO AD ELEMENTO PERMANENTE - INDIRETTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA

20537	2609	RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO DI ELEMENTI DENTARI DECIDUI O PERMANENTI DEVITALIZZATI (CONTESTUALMENTE O PRECEDENTEMENTE TRATTATI) AD ELEMENTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età ed indipendentemente se deciduo o permanente)
21280	2632	INTARSIO IN RESINA O IN COMPOSITO O CAD CAM - INLAY O ONLAY COMPRENSIVO DI BUILD UP E PROVVISORIO - AD ELEMENTO PERMANENTE - DIRETTO/INDIRETTO - DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA. Nel caso in cui il manufatto sia realizzato con tecnica cad cam, anche copia del lotto relativo al materiale utilizzato per la realizzazione dello stesso
20439	2650	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 1° - 3° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età, dalla classe o se deciduo o permanente
23151	2667	OTTURAZIONE DI CAVITÀ DI 2° - 4° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età, dalla classe o se deciduo o permanente
Endodonzia			
Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il trattamento perforazioni con comunicazioni endodonto-parodontali; otturazioni qualsiasi tipo/codifica contestualmente alla cura canalare (qualsiasi codifica) e/o al ritrattamento endodontico (qualsiasi codifica) dello stesso elemento dentario; la ricostruzione coronale pre-endodontica. Non sono rimborsabili i trattamenti di apacificazione e le medicazioni di pronto soccorso endodontico. I codici 2613 - 30329 non sono rimborsabili in associazione ai codici 2614-2668-2669-30330. I codici 2614-2668-2669-30330 non sono tra loro sovrapponibili sullo stesso elemento dentario e non sono rimborsabili in associazione alla cura canalare (qualsiasi codice).			
20545	2610	CURA CANALARE COMPLETA 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO PERMANENTE- COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
20594	2611	CURA CANALARE COMPLETA 2 CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO PERMANENTE- COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
20552	2612	CURA CANALARE COMPLETA 3 O PIÙ CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO PERMANENTE- COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
20560	2613	PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE O PULPECTOMIA E OTTURAZIONE PROVVISORIA PER QUALSIASI NUMERO DI CANALI - AD ELEMENTO PERMANENTE - COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
20602	2614	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO AD 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO PERMANENTE COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici

23152	2668	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO A 2 CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO PERMANENTE COMPRESSE RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
23153	2669	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO A 3 O PIÙ CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO PERMANENTE COMPRESSE RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
Implantologia			
<p>La dima prechirurgica e/o radiologica non è rimborsabile e non è assimilabile ad alcun tipo di bite o protesi rimovibile di qualsiasi tipo. È rimborsabile un solo codice 2615 per sede dentaria (nominale ed anatomica) indipendentemente dal numero di radici del dente naturale da sostituire e indipendentemente dalla dimensione dello spazio da riabilitare. Il codice 2615 non è utilizzabile per i mini impianti ortodontici (non rimborsabili). Non sono rimborsabili altre tipologie di impianti oltre a quelli osteointegrati. La sede di imputazione del codice 2615 è quella occupata dall' "emergenza" della fixture. La mesostruttura di ricostruzione su impianti (abutment) non è rimborsabile. Il codice 2616 si riferisce a piccolo e grande rialzo di seno mascellare, espansione orizzontale e/o verticale di cresta, innesti a blocco, per atrofie severe che necessitano di trattamento rigenerativo propedeutico o contestuale all'inserimento di fixture implantari (biomateriali, membrane ed eventuali viti di fissaggio sono comprese nel codice stesso). Il codice 2616 non è rimborsabile nello stesso trimestre in cui viene richiesto il codice 2587 per la stessa emiarcata.</p>			
21089	2615	IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI (QUALSIASI TIPO COMPRESO IMPIANTI ZIGOMATICI O PTERIGOIDEI ESCLUSO MINI IMPIANTI ORTODONTICI O IMPIANTI DIVERSI DA QUELLI OSTEOINTEGRATI) PER SEDE DENTARIA	Rimborsabile 1 sola volta per sede dentaria fisica e nominale (indipendentemente dallo spazio edentulo da riabilitare). OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre cure - Fase di Rimborso radiografia post cure
21121	2616	INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (PICCOLO O GRANDE) E/O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE (QUALSIASI TECNICA). TRATTAMENTO COMPLETO COMPRENSIVO DI PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO INTRAORALE O EXTRAORALE E DI QUALSIASI MATERIALE DA INNESTO - INTERVENTO AMBULATORIALE - PER EMIARCATA.	Rimborsabile 1 volta per emiarcata. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre cure - Fase di Rimborso radiografia post cure e descrizione dettagliata dell'intervento
Protesi			

Qualsiasi prestazione di protesi (indipendente dall'età e dalla tipologia) non è rimborsabile nella stessa sede (elemento naturale o impianto che sostituisce lo stesso elemento) prima dei 5 anni dalla data a cui si riferisce la fattura della prestazione precedentemente liquidata indipendentemente dai motivi che hanno reso necessario il rifacimento o sostituzione della protesi. Nel caso di protesi totali definitive, non potranno essere rimborsate altre tipologie di riabilitazioni protesiche definitive prima dei 5 anni sulla stessa arcata anche in presenza di sistemi terapeutici innovativi. Il codice 2626 "Protesi scheletrata" è rimborsabile solo ed esclusivamente come riabilitazione parziale definitiva e non è rimborsabile, sulla stessa arcata, prima di 5 anni dal rimborso del codice 2674 (e viceversa). Le voci di protesi parziale definitiva rimovibile, protesi scheletrata, protesi totale non sono rimborsabili contestualmente sulla stessa arcata e sono comunque soggette a limiti temporali. Non sono previste altre possibilità. Sono comprese/i nelle prestazioni/ cure: l'eventuale ceratura diagnostica; eventuali fresaggi/controfresaggi; la cementazione provvisoria e/o definitiva di protesi fissa. La mesostruttura di ricostruzione su impianti non è rimborsabile e non è assimilabile al cod. 2622 "Perno moncone" o al cod. 2633 "Attacco di precisione". Le protesi fisse definitive (corone definitive ed intarsi qualsiasi codifica) possono essere eseguite con tecniche CAD CAM direttamente dal medico odontoiatra, se in possesso del relativo macchinario, in tal caso come da disposizione del Ministero della Salute, il medico odontoiatra è tenuto a fornire, oltre quanto previsto dagli obblighi, apposita certificazione scritta, contenente avvertenze, controindicazioni, materiali utilizzati, numero del lotto del blocchetto di materiale (marcato CE/UE), rintracciabilità dei materiali e tipologia di macchinario utilizzato per la realizzazione del manufatto. Il codice 2620 "Corona provvisoria rinforzata o armata" è rimborsabile solo dietro presentazione del certificato del laboratorio odontotecnico (non è riconosciuto il rimborso a fronte della certificazione di realizzazione dello stesso con tecnica CAD CAM dal medico odontoiatra). Le protesi telescopiche e/o corone doppie non sono assimilabili alle corone complete (qualsiasi tipologia) ovvero, è rimborsabile una sola corona completa (qualsiasi tipologia/codifica) per elemento/impianto (sede nominale ed anatomica) nei limiti previsti dal Nomenclatore e quindi dalla Garanzia del Piano Sanitario che le prevede (se le prevede). Per la protesi telescopica fare riferimento al codice 2633. La struttura di Maryland Bridge non è rimborsabile e non è assimilabile alla corona protesica (qualsiasi tipologia/codifica) e intarsi (qualsiasi tipologia/codifica). Il codice 2633 non è rimborsabile su impianti senza protesi fissa ovvero, è rimborsabile esclusivamente l'attacco di precisione posizionato sulla corona protesica completa fissa definitiva (non associabile, comunque, alla protesi fissa pedodontica). Il codice 2633 non è assimilabile ai bracket per il trattamento ortodontico. Il codice 2633 pur intendendosi completo dei componenti maschio-femmina deve essere indicato nella sede dell'ultima corona definitiva su cui viene posizionata la sezione maschile. Le faccette protesiche e/o le corone protesiche ¾ non sono rimborsabili e non sono assimilabili ai codici 2625-2671-2618-2619-30332 (indipendentemente dalla tecnica utilizzata). I codici delle Ribasature sono da intendersi esclusivamente per le protesi rimovibili e non sono assimilabili alla riparazione/modifica di protesi preesistenti. Il rimborso del codice 2622 preclude il successivo rimborso del codice 2609-2603-2632-30323-30326-30331 e delle otturazioni, qualsiasi classe/codifica e delle cure canalari (per quest'ultima fatta eccezione la contestualità della richiesta) qualsiasi codifica indipendentemente dal numero di canali. Si ricorda che i codici relativi alle "Protesi rimovibili parziali - per emiarcata" siano esse definitive o provvisorie, devono essere imputate in base alla zona edentula indipendentemente dall'estensione della protesi. Altresì si ricorda che, il codice 2626 "Protesi scheletrata" può essere richiesto per le sole protesi parziali definitive corredate da una struttura di rinforzo in lega (da non confondere con la barra di ricostruzione su impianti).

Protesi fisse

21022	2618	CORONA DEFINITIVA LEGA BIOMEDICALE/ RESINA/ COMPOSITO CERTIFICABILE COME MATERIALE DEFINITIVO (QUALSIASI TIPO) - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure
21055	2619	CORONA LP E CERAMICA - CORONA METAL FREE (CERAMICA O MATERIALI CERAMICI INTEGRALI/MONOLITICI - SISTEMI CAD CAM) PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure
23155	2671	CORONA DEFINITIVA IN POLIMERI RIVESTITI, METAL FREE- CERAMIC FREE, CERTIFICABILI COME MATERIALE DEFINITIVO - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure
23156	2672	CORONA PROVVISORIA IN RESINA DIRETTA O INDIRETTA - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente

			dal materiale e dall'età
21162	2620	CORONA PROVVISORIA RINFORZATA O ARMATA - PER ELEMENTO/IMPIANTO DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21113	2622	PERNO MONCONE FUSO IN LNP O LP O CERAMICI - PER ELEMENTO NATURALE	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria. OBBLIGHI: Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA o certificazione dell'odontoiatra se in fibra di carbonio o ceramica vetrosa
21139	2623	RICOSTRUZIONE MONCONE IN MATERIALE COMPOSITO, CVI, AMALGAMA SOLO PER ELEMENTI NATURALI PERMANENTI DA RIABILITARE CON CORONE PROTESICHE (PROTESI FISSE) - PER ELEMENTO A PARTIRE DAI 17 ANNI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure
21097	2624	RIMOZIONE DI CORONE PER SINGOLO PILASTRO. NON RIMBORSABILE IN ASSOCIAZIONE ALLA RICHIESTA DI ESTRAZIONE O DI IMPIANTO OSTEO-INTEGRATO O IN SEDI INTERMEDIE DI PONTE O PER CORONE IN ESTENSIONE	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria
21147	2625	RIPARAZIONE DI SINGOLA CORONA PROTESICA DEFINITIVA CON CERAMICA O RESINA (SOLO PER ELEMENTI PRECEDENTEMENTE PROTESIZZATI CON CORONE PROTESICHE DEFINITIVE E COMPLETE - NON ASSIMILABILE ALLE FACCETTE PROTESICHE)	Rimborsabile 1 volta ogni 2 anni (rif. fattura) per elemento dentario (non assimilabile alle faccette protesiche o riparazione di protesi mobili). OBBLIGHI: PIANO DI CURE con fotografia intraorale pre cure che mostri la singola corona protesica da riparare.
Protesi rimovibili			
21253	2626	PROTESI SCHELETRATA (STRUTTURA LNP O LP, COMPRENSIVO DI ELEMENTI - PER RIABILITARE ARCATE PARZIALMENTE EDENTULE) - PER ARCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per arcata. Non sovrapponibile ad altra riabilitazione definitiva. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21220	2627	PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE, COMPRENSIVA DI GANCI ED ELEMENTI (EDENTULIA PARZIALE MONOLATERALE) PER EMIA RCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per emiarcata non sovrapponibile ad altra riabilitazione parziale (qualsiasi tipo) definitiva per arcata. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico

			riportante il numero ITCA
21212	2628	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA, COMPRENSIVA DI GANCI ED ELEMENTI (EDENTULIA PARZIALE MONOLATERALE) - PER EMARCATO	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per emiarcata non sovrapponibile ad altra riabilitazione parziale (qualsiasi tipo) provvisoria per arcata. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21238	2629	PROTESI TOTALE DEFINITIVA RIMOVIBILE CON DENTI IN RESINA O CERAMICA (PER ARCATO) - NON ASSOCIABILE ALLA PROTESI DEFINITIVA TIPO OVERDENTURE/PROTESI DEFINITIVA ANCORATA SU BARRA/PREVENZIONE EDENTULIA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per arcata indipendentemente dal tipo di protesi totale definitiva. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21154	2630	PROTESI TOTALE IMMEDIATA PROVVISORIA RIMOVIBILE (PER ARCATO) - NON ASSOCIABILE ALLA PROTESIZZAZIONE PROVVISORIA TIPO OVERDENTURE/PREVENZIONE EDENTULIA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per arcata indipendentemente dal tipo di protesi totale provvisoria. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21279	2631	RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, PER ARCATO - SISTEMA INDIRETTO	Rimborsabile 1 volta l'anno (rif. fattura) per arcata non sovrapponibile ad altra tipologia di ribasatura. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21261	2633	SINGOLO ATTACCO DI PRECISIONE IN LNP O LP QUALSIASI TIPO, MASSIMO 1 ATTACCO DI PRECISIONE PER EMARCATO (COMPONENTISTICA COMPLETA MASCHIO-FEMMINA) SOLO PER ELEMENTI PROTESIZZATI CON CORONA PROTESICA DEFINITIVA (ATTACCO SU CORONE - ULTIMA CORONA PIÙ MESIALE O DISTALE ALLA SELLA EDENTULA) O PER PROTESI TELESCOPICHE SU ELEMENTI NATURALI. NON RIMBORSABILE SU IMPIANTI E NON ASSOCIABILE AL PERNO MONCONE, RICOSTRUZIONE MONCONE O RICOSTRUZIONE CON ANCORAGGIO	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura). OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21993	2647	RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, PER ARCATO - SISTEMA DIRETTO	Rimborsabile 1 volta l'anno (rif. fattura) per arcata non sovrapponibile ad altra tipologia di ribasatura
23158	2674	PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE, COMPRENSIVA DI GANCI ED ELEMENTI (EDENTULIA PARZIALE BILATERALE) PER ARCATO	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per emiarcata non sovrapponibile ad altra riabilitazione parziale (qualsiasi tipo) per arcata. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA

23159	2675	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA, COMPRENSIVA DI GANCI ED ELEMENTI (EDENTULIA PARZIALE BILATERALE) - PER ARCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per emiarcata non sovrapponibile ad altra riabilitazione parziale (qualsiasi tipo) per arcata. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
030305	30305	PROTESI TOTALE DEFINITIVA DI TIPO RIMOVIBILE ANCORATA SU BARRA (COMPRENSIVO DI BARRA E RITENZIONI) SOSTENUTA DA IMPIANTI - PER ARCATA	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per arcata indipendentemente dal tipo di protesi totale definitiva. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
Gnatologia			
Non sono rimborsabili l'eventuale registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore; l'eventuale registrazione con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso; riparazione di placca diagnostica o bite. I codici 2635, 2648 e 30336 non sono rimborsabili in associazione tra di loro e comunque sono soggetti a limiti temporali (non assimilabili alla dima pre-chirurgica, al trattamento ortodontico, alla contenzione ortodontica qualsiasi tipo, Froggy Mouth e/o ciuccio-bite e similari). I codici 2635, 2648 e 30336 non sono rimborsabili nello stesso anno di richiesta del trattamento ortodontico oppure in presenza di 2 protesi totali nelle 2 arcate. I codici 2634 e 30335 non sono assimilabili alle sigillature dentali (quest'ultime non rimborsabili).			
20750	2634	MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE, MASSIMO 1 SEDUTA (INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA) DAI 17 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile 1 volte l'anno (rif. fattura) indipendentemente dall'età
21295	2635	PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA INDIRETTO - INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA E NON RIMBORSABILE NELLO STESSO ANNO DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO O IN PRESENZA DI 2 PROTESI TOTALI NELLE 2 ARCATE - DAI 21 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 2 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'arcata, dalla metodica e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
21320	2648	PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA DIRETTO - INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA E NON RIMBORSABILE NELLO STESSO ANNO DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO O IN PRESENZA DI 2 PROTESI TOTALI NELLE 2 ARCATE DAI 21 ANNI DI ETÀ	Rimborsabile una volta ogni 2 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'arcata, dalla metodica e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PREVENTIVO - Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA
Radiologia odontoiatrica			

Non sono rimborsabili le radiografie oltre quanto descritto. Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21). Nel caso di immagini su supporti o di immagini digitali, queste devono recare: nome, cognome, data, riferimenti dx e sn (o quadrante di riferimento) sia sul file all'interno del supporto sia sull'immagine stessa. Per le Rx endorali e le fotografie intraorali (indipendentemente dalla codifica) è previsto un rimborso per un massimo di 6 immagini l'anno. È rimborsabile 1 immagine (Rx endorale o Foto intraorale) pre-cure e 1 immagine post cure (Rx endorale o Foto intraorale) per singolo codice che le prevede fino alla concorrenza del limite massimo. Per i codici 2637-2638-2663-2664 il FasiOpen, indipendentemente dalla tipologia di prestazioni oggetto delle richieste e nell'ambito dei consueti controlli, si riserva la possibilità di richiedere in visione gli esami per i quali si è provveduto ad inoltrare la richiesta oppure si è già ottenuto il rimborso.

20420	2637	ORTOPANTOMOGRAFIA DELLE DUE ARCADE	Rimborsabile 2 volte l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
20438	2638	TELECRANIO (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI)	Rimborsabile 2 volte l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
20412	2649	RX ENDORALI/BITE WINGS	Rimborsabili massimo 1 endorale pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono fino ad un massimo di 6 endorali/bite wing l'anno (1 gennaio - 31 dicembre)
22014	2651	FOTOGRAFIA O IMMAGINE VIDEO INTRAORALE DAI 17 ANNI	Rimborsabili massimo 1 foto pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono fino ad un massimo di 6 fotografie l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) indipendentemente dall'età
23128	2663	DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 1 ARCATI	OBBLIGHI: Fase di rimborso obbligo di inoltro dell'immagine Panorex in cui sia rilevabile la data di esecuzione
23134	2664	DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 2 ARCADE	OBBLIGHI: Fase di rimborso obbligo di inoltro dell'immagine Panorex in cui sia rilevabile la data di esecuzione

Pedodonzia - Parodontologia

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate o emiarcate indipendentemente dall'età dell'iscritto/assistito. I codici 30313-2585 non sono rimborsabili in associazione al codice 2616 (intervento di rialzo del seno mascellare) se l'emiarcata interessata è edentula. I codici 30315-2588 "Levigatura radicolare" non sono sovrapponibili, non sono assimilabili all'ablazione tartaro né all'igiene orale (prestazioni previste con apposita codifica e limiti) e non sono rimborsabili contestualmente al codice 6137.

30311	30311	CHIRURGIA GENGIVALE PER ARCATI (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - fino a 16 anni compiuti	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima arcata (indipendentemente dall'età)
30312	30312	CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATI (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - fino a 16 anni compiuti	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima arcata (indipendentemente dall'età)
30313	30313	CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO DI ACCESSO - INCLUSA SUTURA) TRATTAMENTO COMPLETO PER EMIARCATI - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)
30314	30314	GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE - PER EMIARCATI - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)

30315	30315	LEVIGATURA RADICOLARE E COURETTAGE GENGIVALE (INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI EMIARCATI SOTTOPOSTE A TRATTAMENTO) - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 2 anni (rif. fattura) per la medesima emiarcata (indipendentemente dall'età)
Pedodonzia - Chirurgia Orale			
Sono compresi nelle relative prestazioni/cure i trattamenti di emorragia post extrationem; le medicazioni chirurgiche. I codici 30317-2593 sono già comprensivi della competenza dell'ortodontista per l'ancoraggio, pertanto, in caso di richiesta concomitante al trattamento ortodontico, dovrà essere inoltrata documentazione pre-cure di dettaglio per i codici 30317-2593 e documentazione che evidenzia il trattamento ortodontico nella sua totalità. I codici delle estrazioni sono applicabili solo agli elementi naturali (non assimilabile all'estrazione/ rimozione di impianto) nella loro interezza (non è rimborsabile l'estrazione di frammenti). Il codice 30319 è rimborsabile solo per l'asportazione del germe di un elemento permanente ancora in formazione. Il codice 30321 è limitato alla piccola chirurgia per ascessi. Il FasiOpen si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva e/o dettagli e/o relazioni mediche relative agli interventi del di cui codice 30321. L'anestesia generale (comprensivo delle competenze del professionista e dei relativi farmaci/medicinali) è rimborsabile unicamente per gli interventi di chirurgia odontostomatologica, in regime di ricovero, esclusivamente se il proprio Piano Sanitario prevede il rimborso di ricoveri per trattamento odontoiatrici. Non è previsto il rimborso di qualsiasi tipo di anestesia, differente da quella generale in corso di ricovero (se previsto dal proprio Piano Sanitario il riconoscimento di ricovero per prestazioni odontoiatriche), per tutti gli altri casi le spese relative all'anestesia sono comprese nelle tariffe di rimborso delle prestazioni odontoiatriche stesse. Sono comprese nelle singole prestazioni, laddove necessario, le suture di qualsiasi tipo, i materiali ed i medicinali.			
30316	30316	ANESTESIA GENERALE - SOLO IN CORSO DI RICOVERO (FINO A 16 ANNI DI ETÀ - A RICOVERO)	Rimborsabile 1 volta, solo in corso di ricovero (a ricovero) solo in forma indiretta
30317	30317	DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI PER ELEMENTO (COMPENSIVO DELLA PRESTAZIONE DELL'ORTODONTISTA PER ANCORAGGIO) - FINO A 20 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre-cure che mostri l'elemento da disincludere
30318	30318	ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE SEMPLICE O COMPLESSA DI ELEMENTO DECIDUO (COMPRESSE EVENTUALI SUTURE E SEDAZIONE)	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
30319	30319	GERMECTOMIA (COMPENSIVA DI TUTTE LE FASI ED ATTIVITÀ CHIRURGICHE COMPENSIVO DI LEMBO MUCOGENGIVALE E/O OSTEOTOMIA E/O ODONTOTOMIA - SUTURE E SEDAZIONE - ESCLUSA SEDAZIONE CON PROTOSSIDO) FINO A 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta per sede dentaria. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia pre-cure - Fase di Rimborso radiografia post cure
30320	30320	FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA PER ARCATA - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta per arcata indipendentemente dall'età
30321	30321	INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ASCESSI - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta per pratica (indipendentemente dal numero). OBBLIGHI: Fasi di rimborso Foto intraorale dell'ascesso trattato
Pedodonzia - Conservativa			
Qualora previste dal proprio Piano Sanitario, è rimborsabile solo un'otturazione per elemento dentario indipendentemente dalla classe, età, deciduo/permanente ogni 3 anni. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il riattacco di frammento; il trattamento chimico per l'ipersensibilità; le otturazioni, qualsiasi tipo, contestualmente al codice 2609, 30326 e/o alla cura canalare (qualsiasi codice) e/o al ritrattamento endodontico (qualsiasi numero di radici - qualsiasi codice) dello stesso elemento dentario indipendentemente dall'età/tipologia di elemento (deciduo/permanente). Le otturazioni, di qualsiasi classe e/o tipologia, non sono rimborsabili contestualmente al codice 2603, 2632 e 30323 richiesti per lo stesso elemento dentario, altresì tutte le otturazioni (qualsiasi classe e codifica) non sono rimborsabili in associazione ai codici 2591 "Apicectomia", 2613-30329 "Pulpotomia", 2623-30331 "Ricostruzione moncone". I codici 30326-2609 sono rimborsabili solo su elementi dentari devitalizzati (contestualmente o precedentemente trattati), quindi il rimborso dei codici 30326-2609 implica l'avvenuto trattamento dell'elemento (indipendentemente se liquidato o meno dal Fondo). I codici 2609, 30326,2603, 2632, 30323 e le otturazioni di qualsiasi classe/codifica non sono rimborsabili sugli elementi dentari per cui risulta liquidato o comunque riabilitati con un "Perno moncone" cod. 2622 (indipendentemente dal materiale utilizzato). I codici 2603, 2632, 30323 non sono rimborsabili sul gruppo anteriore (da canino a canino) e non sono assimilabili alle faccette protesiche e/o alle corone protesiche ¾ siano esse definitive o provvisorie. I codici 30322-2602 e le otturazioni, qualsiasi classe/codifica non sono assimilabili alle sigillature di elementi dentari. I codici 30322-2602 non sono assimilabili al trattamento di Apecificazione ed Apexogenesi (quest'ultime non rimborsabili).			

30322	30322	INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO - INDIRETTO - DECIDUI O PERMANENTI - AD ELEMENTO - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età ed indipendentemente se deciduo o permanente)
30323	30323	INTARSIO PER ELEMENTO DECIDUO/PERMANENTE - INDIPENDENTEMENTE DAL MATERIALE/METODICA/TECNICA - INLAY O ONLAY O OVERLAY COMPRENSIVO DI BUILD UP E PROVVISORIO - AD ELEMENTO DECIDUO/PERMANENTE - DIRETTO/INDIRETTO INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI SUPERFICI - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: Fase di rimborso Certificazione di Conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico riportante il numero ITCA. Nel caso in cui il manufatto sia realizzato con tecnica cad cam, anche copia del lotto relativo al materiale utilizzato per la realizzazione dello stesso
30324	30324	OTTURAZIONE DI QUALSIASI CAVITÀ DI 1° - 2° - 3° - 4° - 5° CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO PERMANENTE FINO AI 16 ANNI DI ETÀ COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età, dalla classe o se deciduo o permanente
30325	30325	OTTURAZIONE DI ELEMENTO DECIDUO (QUALSIASI CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - RIMBORSABILE UNA VOLTA OGNI 3 ANNI NELLA STESSA SEDE DENTARIA INDIPENDENTEMENTE SE ELEMENTO DECIDUO O PERMANENTE)	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età, dalla classe o se deciduo o permanente
30326	30326	RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO DI ELEMENTI DENTARI DECIDUI O PERMANENTI DEVITALIZZATI (CONTESTUALMENTE O PRECEDENTEMENTE TRATTATI) AD ELEMENTO FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 3 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età ed indipendentemente se deciduo o permanente)
Pedodonzia - Endodonzia			
Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: il posizionamento della diga; il trattamento perforazioni con comunicazioni endodonto-parodontali; otturazioni qualsiasi tipo/codifica contestualmente alla cura canalare (qualsiasi codifica) e/o al ritrattamento endodontico (qualsiasi codifica) dello stesso elemento dentario; la ricostruzione coronale pre-endodontica. Non sono rimborsabili i trattamenti di apicizzazione e le medicazioni di pronto soccorso endodontico. I codici 30329-2613 non sono rimborsabili in associazione ai codici 30330-2614-2668-2669-. I codici 30330-2614-2668-2669 non sono tra loro sovrapponibili sullo stesso elemento dentario e non sono rimborsabili in associazione alla cura canalare (qualsiasi codice).			
30327	30327	CURA CANALARE COMPLETA DI ELEMENTO DECIDUO 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO - COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
30328	30328	CURA CANALARE COMPLETA DI ELEMENTO DECIDUO PLURIRADICOLATO - 2 O PIU' CANALI (INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI CANALI) COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO - COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
30329	30329	PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE O PULPECTOMIA E OTTURAZIONE PROVVISORIA PER QUALSIASI NUMERO DI CANALI - AD ELEMENTO DECIDUO - COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario
30330	30330	RITRATTAMENTO ENDODONTICO DI ELEMENTO DECIDUO INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE DELLA CAVITÀ DI ACCESSO, COMPRESA L'EVENTUALE RIMOZIONE DI PERNI ENDOCANALARI) AD ELEMENTO COMPRESA RX ENDORALI	Rimborsabile 1 volta per elemento dentario non sovrapponibile ad altre cure canalari o ritrattamenti endodontici
Pedodonzia - Protesi Fissa			

Qualsiasi prestazione di protesi (indipendente dall'età e dalla tipologia) non è rimborsabile nella stessa sede (elemento naturale o impianto che sostituisce lo stesso elemento) prima dei 5 anni dalla data a cui si riferisce la fattura della prestazione precedentemente liquidata indipendentemente dai motivi che hanno reso necessario il rifacimento o sostituzione della protesi. Non sono previste altre possibilità. Sono comprese/i nelle prestazioni/ cure: l'eventuale ceratura diagnostica; eventuali fresaggi/controfresaggi; la cementazione provvisoria e/o definitiva di protesi fissa. Le protesi fisse definitive (corone definitive ed intarsi qualsiasi codifica) possono essere eseguite con tecniche CAD CAM direttamente dal medico odontoiatra, se in possesso del relativo macchinario, in tal caso come da disposizione del Ministero della Salute, il medico odontoiatra è tenuto a fornire, oltre quanto previsto dagli obblighi, apposita certificazione scritta, contenente avvertenze, controindicazioni, materiali utilizzati, numero del lotto del blocchetto di materiale (marcato CE/UE), rintracciabilità dei materiali e tipologia di macchinario utilizzato per la realizzazione del manufatto. La struttura di Maryland Bridge non è rimborsabile e non è assimilabile alla corona protesica (qualsiasi tipologia/codifica) e intarsi (qualsiasi tipologia/codifica). Le faccette protesiche e/o le corone protesiche ¾ non sono rimborsabili e non sono assimilabili ai codici 30332-2625-2671-2618-2619 (indipendentemente dalla tecnica utilizzata). Il rimborso del codice 2622 preclude il successivo rimborso del codice 30323-30326-30331-2609-2603-2632 e delle otturazioni, qualsiasi classe/codifica e delle cure canalari (per quest'ultima fatta eccezione la contestualità della richiesta) qualsiasi codifica indipendentemente dal numero di canali.

30331	30331	RICOSTRUZIONE MONCONE IN MATERIALE COMPOSITO, CVI, AMALGAMA SOLO PER ELEMENTI NATURALI PERMANENTI DA RIABILITARE CON CORONE PROTESICHE (PROTESI FISSE PER PATOLOGIA: AMELOGESI O DENTINOGENESI IMPERFETTA) - PER ELEMENTO A PARTIRE DAI 12 ANNI FINO AI 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre-cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure
30332	30332	CORONA PROTESICA DEFINITIVA (CORONA COMPLETA - NON ASSIMILABILE ALLE FACCETTE PROTESICHE) INDIPENDENTEMENTE DAL MATERIALE UTILIZZATO (CORONA COMPLETA) -INDIPENDENTEMENTE DALLA METODICA/TECNICA- PER RICOSTRUZIONE DUREVOLE DI ELEMENTO COMPROMESSO E/O A SEGUITO DI PATOLOGIA: AMELOGENESI O DENTINOGENESI IMPERFETTA - PER ELEMENTO - A PARTIRE DAI 12 ANNI E FINO AI 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre-cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure
30333	30333	CORONA PROTESICA PROVVISORIA (CORONA COMPLETA - NON ASSIMILABILE ALLE FACCETTE PROTESICHE) INDIPENDENTEMENTE DAL MATERIALE UTILIZZATO - INDIPENDENTEMENTE DALLA METODICA/TECNICA - PER ELEMENTO A PARTIRE DAI 6 ANNI E FINO AI 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volta ogni 5 anni (rif. fattura) per sede dentaria indipendentemente dal materiale e dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE con radiografia/fotografia intraorale pre-cure - Fase di Rimborso radiografia/fotografia intraorale post cure

Pedodonzia - Gnatologia

Non sono rimborsabili l'eventuale registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore; l'eventuale registrazione con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso; riparazione di placca diagnostica o bite. I codici 30336-2635-2648 non sono rimborsabili in associazione tra di loro e comunque sono soggetti a limiti temporali (non assimilabili alla dima pre-chirurgica, al trattamento ortodontico, alla contenzione ortodontica qualsiasi tipo, Froggy Mouth e/o ciuccio-bite e similari). I codici 30336-2635-2648 non sono rimborsabili nello stesso anno di richiesta del trattamento ortodontico oppure in presenza di 2 protesi totali nelle 2 arcate. I codici 30335-2634 non sono assimilabili alle sigillature dentali (quest'ultime non rimborsabili).

30335	30335	MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE, MASSIMO 1 SEDUTA (INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA) - FINO A 16 ANNI COMPIUTI	Rimborsabile 1 volte l'anno (rif. fattura) indipendentemente dall'età
30336	30336	BITE O ORTOTICO - INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA - SISTEMA DIRETTO O INDIRETTO - NON RIMBORSABILE IN ASSOCIAZIONE E/O NELLO STESSO ANNO DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO (QUALSIASI TECNICA E/O METODOLOGIA) O CONTENZIONE - FINO A 20 ANNI COMPIUTI.	Rimborsabile una volta ogni 2 anni (rif. fattura) indipendentemente dall'età, dalla metodica e dall'età

Pedodonzia - Ortodonzia

Le terapie ortodontiche sono rimborsabili per un massimo di 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte a trattamento e comunque entro l'anno (1 gennaio - 31 dicembre) nel quale si compie l'età prevista come limite massimo per la prestazione, all'interno del proprio Piano Sanitario. Si ricorda che, non è possibile presentare una richiesta di rimborso per trattamento ortodontico con documentazione di spesa che si riferisce a più anni di trattamento. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: l'esame diagnostico ortodontico (impronte e modelli da museo, esame cefalometrico). Non sono rimborsabili separatamente, ovvero sono comprese nel trattamento: il rifacimento apparecchio ortodontico; la riparazione apparecchio ortodontico; il set-up diagnostico ortodontico; i controlli durante tutto il periodo di trattamento/ cura. Il codice 2589 "Splintaggio interdentale" della sottobranchia Parodontologia è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali a partire dai 25 anni di età e non può essere utilizzato a supporto della terapia ortodontica né assimilato alla contenzione ortodontica per il quale è presente un codice apposito. La contenzione ortodontica codice 30310 partecipa alla valorizzazione dei 3 anni massimi di rimborso delle cure ortodontiche. Si precisa che, poiché la contenzione ortodontica viene eseguita al termine del trattamento, l'eventuale rimborso del codice 30310, preclude il successivo rimborso delle voci relative al trattamento ortodontico stesso (indipendentemente dall'arcata) pur se non si è fruito di tutti gli anni di rimborso massimi previsti.

30307	30307	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE FISSE PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	Rimborsabile 1 volta l'anno (1° gennaio - 31 dicembre), per massimo 3 anni anche non consecutivi fino all'età massima prevista dal proprio Piano Sanitario. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" pre cure - Fase di Rimborso per anno di trattamento-Telecranio o Foto dei modelli in occlusione
30308	30308	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE MOBILI/ FUNZIONALI PER ARCATA PER ANNO, COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	Rimborsabile 1 volta l'anno (1° gennaio - 31 dicembre), per massimo 3 anni anche non consecutivi fino all'età massima prevista dal proprio Piano Sanitario. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" pre cure - Fase di Rimborso per anno di trattamento-Telecranio o Foto dei modelli in occlusione
30309	30309	TERAPIA ORTODONTICA CON APPARECCHIATURE INVISIBILI (QUALSIASI TIPOLOGIA/MATERIALE) PER ARCATA - PER ANNO - COMPRESO ESAME CEFALOMETRICO	Rimborsabile 1 volta l'anno (1° gennaio - 31 dicembre), per massimo 3 anni anche non consecutivi fino all'età massima prevista dal proprio Piano Sanitario. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. OBBLIGHI: PIANO DI CURE PER ANNO DI TRATTAMENTO con Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" pre cure - Fase di Rimborso per anno di trattamento-Telecranio o Foto dei modelli in occlusione
30310	30310	TERAPIA ORTODONTICA DI MANTENIMENTO PER CONTENZIONE FISSA O MOBILE INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI ARCADE	Rimborsabile massimo 1 anno (1° gennaio - 31 dicembre) nell'ambito dei 3 anni massimi di trattamento riconosciuti, entro i limiti di

			età massimi previsti dal proprio Piano Sanitario. Non sovrapponibile nell'anno ad altre voci di trattamento ortodontico. OBBLIGHI: PRE CURE Foto Intraorale della contenzione posizionata- Fase di Rimborso- Telecranio o Foto Intraorale del trattamento terminato (se terminato) o Foto intraorale della contenzione posizionata (diverse dal pre cure)
Pedodonzia - Radiologia Pedodontica			
Non sono rimborsabili le radiografie oltre quanto descritto. Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21). Nel caso di immagini su supporti o di immagini digitali, queste devono recare: nome, cognome, data, riferimenti dx e sn (o quadrante di riferimento) sia sul file all'interno del supporto sia sull'immagine stessa. Per le Rx endorali e le fotografie intraorali (indipendentemente dalla codifica) è previsto un rimborso per un massimo di 6 immagini l'anno indipendentemente dall'età. È rimborsabile 1 immagine (Rx endorale o Foto intraorale) pre cure e 1 immagine post cure (Rx endorale o Foto intraorale) per singolo codice che le prevede fino alla concorrenza del limite massimo. Il codice 30306 è rimborsabile solo in associazione al codice 30332 mentre il codice 2652 è rimborsabile solo in associazione ai codici 30307-30308-30309-30310.			
30306	30306	FOTOGRAFIA O IMMAGINE VIDEO INTRAORALE FINO A 16 ANNI COMPIUTI SOLO COME PRE E POST CURE PER I CODICI PROTESICI PEDODONTICI	Rimborsabili massimo 1 foto pre cure e 1 post cure contestualmente ai codici che le prevedono fino ad un massimo di 6 fotografie l'anno (1° gennaio - 31 dicembre) indipendentemente dall'età. OBBLIGHI: PIANO DI CURE le prestazioni devono essere richieste contestualmente ai codici che le prevedono. Fase di rimborso: presentazione delle immagini richieste (devono essere richieste contestualmente ai codici che le prevedono anche nella fase di rimborso)
22022	2652	FOTOGRAFIA DEL MORSO INVERSO E/O FOTOGRAFIA DEI MODELLI IN OCCLUSIONE (SOLO IN RELAZIONE AI CODICI DELLA SEZIONE ORTODONZIA INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI ARCADE SOTTOPOSTE AL TRATTAMENTO - INDIPENDENTEMENTE DALLA TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO).	Rimborsabili 1 Foto del "morso/morso inverso" o dei modelli in occlusione pre cure annuo e 1 post cure annuo solo contestualmente alla Terapia Ortodontica fino ad un massimo di 6 Foto l'anno. OBBLIGHI: PIANO DI CURE le prestazioni devono essere richieste contestualmente ai codici che le prevedono. Fase di rimborso: presentazione delle immagini richieste (devono essere richieste contestualmente ai codici che le prevedono anche nella fase di rimborso)
SEZIONE T - CURE TERMALI			

Il rimborso per le cure termali viene riconosciuto solo se espressamente previsto dai singoli Piani Sanitari e se le cure stesse sono state effettuate presso stabilimenti all'uopo attrezzati ed autorizzati, siti in località termali. Nel caso di contemporanea effettuazione di cure con fanghi o balneoterapia e cure idropiniche od inalatorie è prevista l'applicazione della sola tariffa più elevata come specificato nella Guida. Per usufruire del rimborso per cure termali è necessario inviare apposita prescrizione medica, attestante la necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia in atto (diversa dalla sintomatologia).

Dai rimborsi sono tassativamente escluse le spese di soggiorno e/o altre spese accessorie e/o quant'altro non esplicitamente riportato. Si precisa che le tariffe previste dai singoli Piani Sanitari sono comprensive delle competenze delle figure che intervengono e/o di tutte le apparecchiature/strumentazioni.

90076	2947	FANGO E BALNEOTERAPIA - AL GIORNO PER ASSISTITO	Rimborsabili massimo 12 giorni l'anno (1° gennaio - 31 dicembre)
90084	2948	IDROPINICHE E/O INALATORIE E/O IRRIGAZIONI - AL GIORNO PER ASSISTITO	Rimborsabili massimo 10 giorni l'anno (1° gennaio - 31 dicembre)

SEZIONE U - TICKET

Il FasiOpen prevede il rimborso del Ticket nei limiti (tutti) di quanto specificato nelle Garanzie/Aree dei singoli piani sanitari, se relativo alle prestazioni previste dal piano sanitario stesso. Nello specifico, qualora la prestazione fruita e saldata tramite Ticket, sia rientrante nell'area di intervento del Fondo ma, non rientrante all'interno delle Garanzie/Aree del proprio piano sanitario, questa non sarà riconosciuta come rimborsabile.

9993	2949	TICKET SU PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Rimborsabile nei limiti previsti dai singoli piani sanitari e solo se relativo a prestazioni rientranti nel proprio piano sanitario
------	------	--------------------------------------	---

SEZIONE V - PACCHETTI CHIRURGIA

I rimborsi per le procedure/interventi in modalità pacchetto sono, previsti solo se gli interventi rientrano nelle Garanzie dei Singoli Piani Sanitari. I pacchetti sono omnicomprensivi di: équipe medica e/o personale di supporto (tecnici/ausiliari ecc.), sala operatoria/sala ambulatoriale/sala operatoria ambulatoriale (in funzione della tipologia di pacchetto), permanenza nella struttura (ove prevista), strumentazione/apparecchiature necessarie per l'esecuzione delle procedure stesse e di quelle ad alto costo (ove previste), materiali, medicinali, eventuale protesi (per gli interventi che le prevedono ed indipendentemente dalla tipologia), analisi ed accertamenti relativi all'intervento stesso ed eseguiti intra-ricovero, primi trattamenti riabilitativi post-intervento ed intra-ricovero ove previsti (interventi ortopedici).

Si ricorda che, per i Piani Sanitari con rimborso analitico la modalità di rimborso a pacchetto, per le prestazioni/procedure di seguito riportate, sostituisce integralmente le singole voci/codici prestazioni analitiche se precedentemente esposte all'interno del Nomenclatore e quindi del proprio Piano Sanitario (precedenti edizioni). Si tiene a precisare che, per i Piani Sanitari con rimborso analitico, la valorizzazione dei singoli pacchetti corrisponde esattamente alla somma dei rimborsi massimi previsti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore (e quindi dei propri Piani Sanitari). La prestazione a "pacchetto" prevede un unico importo di rimborso (per i Piani Sanitari con rimborso analitico), indipendentemente se fruito in forma diretta o indiretta ed indipendentemente dalla tecnica utilizzata per l'esecuzione dello stesso. L'importo previsto per la prestazione a "pacchetto" è relativo all'intervento/procedura come fase unica, ossia, qualora l'intervento per il quale sia stata prevista la modalità a pacchetto, venga effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico, sarà disponibile all'interno del Nomenclatore e quindi delle Garanzie del singolo Piano Sanitario (se prevista la tipologia di intervento/procedura), una ulteriore voce analitica di "intervento concomitante" (relativa alla sola procedura) che prevede un diverso importo e per il quale, solo in quest'ultimo caso, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%. Per le procedure di gastroenterologia (qualora previste dal Piano Sanitario), sono stati previsti vari pacchetti che contemplano anche diverse procedure endoscopiche concomitanti. A tal proposito si specifica che, sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione. Si ricorda che per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico, ovvero l'atto diagnostico non si somma al medesimo atto operativo. Si precisa che, nel caso di "Pacchetti" fruiti in forma diretta, quanto accettato dalla Struttura Sanitaria nell'atto di convenzione sottoscritto, rappresenta il massimo fatturabile previsto per quella determinata procedura/intervento chirurgico. Eventuali ulteriori addebiti nei confronti dell'iscritto/assistito, dovranno comunque essere regolarmente esposti in fattura (e nel relativo applicativo telematico in uso per la forma diretta) e potranno essere ascritte a voci espressamente indicate dal Fondo come non rimborsabili, ovvero non potranno in alcun modo riguardare competenze, materiali, medicinali, strumentazione, procedure ecc. dal FasiOpen esposte come comprese nelle prestazioni stesse.

Anca

I Pacchetti Chirurgici di protesi di Anca, sono stati differenziati per tecnica (Tecnica Tradizionale e Chirurgia Robotica). I Pacchetti Chirurgici di Protesi di Anca non sono sovrapponibili tra di loro e non sono sovrapponibili per tecnica. Per la valorizzazione dei pacchetti sono stati considerati 6 giorni standard di degenza per la tecnica tradizionale mentre per le procedure RAS (Chirurgia Robotica) sono stati considerati 4 giorni standard. La differenza dei giorni di degenza, a maggior chiarimento, è data dalla minore invasività della RAS (Chirurgia Robotica).

10094	10094	PACCHETTO CHIRURGICO (Tecnica Tradizionale) PROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI: ANCA TOTALE - TRATTAMENTO COMPLETO). RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	Rimborsabile 1 volta per parte corpo (anca). Non sovrapponibile ad altra tecnica e/o pacchetto chirurgico anca
10095	10095	PACCHETTO CHIRURGICO (Tecnica Tradizionale) REVISIONE PROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI: REVISIONE ANCA TOTALE - TRATTAMENTO COMPLETO) INTERVENTO PER RIMOZIONE E SOSTITUZIONE O RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO. RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	Rimborsabile 1 volta per parte corpo (anca). Non sovrapponibile ad altra tecnica e/o pacchetto chirurgico anca
10099	10099	PACCHETTO CHIRURGICO (Tecnica Tradizionale) RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO PROTESI ANCA ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO (TRATTAMENTO COMPLETO). RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	
10109	10109	PACCHETTO CHIRURGICO (Chirurgia Robotica - RAS) PROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI: ANCA TOTALE - TRATTAMENTO COMPLETO). RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, Uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	Rimborsabile 1 volta per parte corpo (anca). Non sovrapponibile ad altra tecnica e/o pacchetto chirurgico anca
10110	10110	PACCHETTO CHIRURGICO (Chirurgia Robotica - RAS) REVISIONE PROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI: REVISIONE ANCA TOTALE - TRATTAMENTO COMPLETO) INTERVENTO PER RIMOZIONE E SOSTITUZIONE O RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO. RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, Uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	Rimborsabile 1 volta per parte corpo (anca). Non sovrapponibile ad altra tecnica e/o pacchetto chirurgico anca
10111	10111	PACCHETTO CHIRURGICO (Chirurgia Robotica - RAS) RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO PROTESI ANCA ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO (TRATTAMENTO COMPLETO). RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, Uso apparecchiatura per chirurgia computer assistita (qualsiasi), DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	

Cataratta

L'intervento di Cataratta è rimborsabile unicamente se previsto dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario, nei limiti e alle condizioni previste da quest'ultimo. Anche in questo caso, il pacchetto è omnicomprendente (esclusa qualsiasi tipologia di degenza, ovvero il pacchetto chirurgico è previsto in sola forma ambulatoriale).

10088	10088	PACCHETTO CATARATTA, ASPORTAZIONE ED IMPIANTO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IN CAMERA ANTERIORE O POSTERIORE (QUALIASI TECNICA- AD OCCHIO). RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, PERMANENZA NELLA STRUTTURA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI DEL CRISTALLINO	Rimborsabile 1 volta per parte corpo (occhio)
-------	-------	--	---

Gastroenterologia

I Pacchetti per le procedure gastroenterologiche sono rimborsabili nei limiti di quanto previsto dalle singole Garanzie dei Piani Sanitari. Anche nella modalità a pacchetto, per le procedure diagnostiche/esplorative, concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenuta quella diagnostica quale atto propedeutico. Si precisa che, sono valorizzate come procedure diagnostiche, anche quelle che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipo fino a 3 mm di dimensione. Le singole voci dei pacchetti non sono sovrapponibili fra di loro.

10100	10100	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10101	10101	PACCHETTO PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10102	10102	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA ENTRAMBE DIAGNOSTICHE (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10103	10103	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA COMPRESSE POLIPECTOMIE, INTRODUZIONE DI PROTESI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, ARGON LASER, ECC (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10104	10104	PACCHETTO PANCOLONSCOPIA OPERATIVA COMPRESSE POLIPECTOMIE RETTO-COLICHE, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, EMOSTASI DI LESIONI NON VARICOSE (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10105	10105	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA ENTRAMBE OPERATIVE (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10106	10106	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA E PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	
10107	10107	PACCHETTO PANCOLONSCOPIA OPERATIVA ED ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	

SEZIONE Z - PREVENZIONE

Prevenzione Carcinoma del Cavo Orale

Rimborsabile solo in forma diretta, se previsto dal proprio Piano Sanitario all'interno della Garanzia Odontoiatrica. Non è prevista alcuna eccedenza a carico dell'iscritto/assistito poiché la prestazione è a totale carico del Fondo.

24014	6261	PREVENZIONE CANCRO CAVO ORALE	Rimborsabile 1 volta l'anno (1 gennaio – 31 dicembre) solo in forma diretta a partire dai 45 anni compiuti
-------	------	-------------------------------	--

PREVENZIONE Medicina

Rimborsabile solo se previsto dalle Garanzie del proprio Piano Sanitario.

È rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (arco temporale 1 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia con la particolarità che il medesimo pacchetto non può essere ripetuto/rimborsato prima di 2 anni della precedente richiesta, ad eccezione dei "Pacchetti Prevenzione Oncologici Uomo/Donna" che è invece ripetibile 1 volta l'anno fino all'età di 65 anni compiuti oltre i quali rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni, secondo il seguente esempio:

Prevenzione Cardiovascolare Uomo - fattura 01/02/2025 tale pacchetto prevenzione sarà nuovamente rimborsabile a partire dal 01/01/2027, ma a partire dal 01/01/2026 potrà essere richiesto/rimborsato un diverso pacchetto, ad esempio, il pacchetto Prevenzione Cancro della Tiroide.

Il dettaglio delle prestazioni componenti il singolo pacchetto è esposto all'interno della Garanzia Prevenzione del proprio Piano Sanitario.

Gli accertamenti previsti da ogni singolo pacchetto dovranno essere eseguiti tutti in una unica soluzione (indipendentemente se fruiti in forma indiretta o diretta). Il FasiOpen al fine del rimborso non richiede alcuna prescrizione medica per la fruizione dei pacchetti, purtuttavia, questa potrebbe essere richiesta dalla Struttura Sanitaria (convenzionata o meno con il Fondo) a seguito di procedure

interne alla Struttura stessa. Il FasiOpen si riserva la facoltà di richiedere copia dei referti degli accertamenti previsti dai Pacchetti Prevenzione qualora ne ravvisasse la necessità per la definizione della pratica.

6142	6142	PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE DONNA	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (1 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il medesimo pacchetto prevenzione non può essere rimborsato prima di 2 anni
6141	6141	PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE UOMO	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (1 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il medesimo pacchetto prevenzione non può essere rimborsato prima di 2 anni
67047	6273	PREVENZIONE CANCRO DELLA TIROIDE	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (1 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il medesimo pacchetto prevenzione non può essere rimborsato prima di 2 anni
67033	6253	PREVENZIONE OCULISTICA	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (1 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il medesimo pacchetto prevenzione non può essere rimborsato prima di 2 anni
6140	6140	PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (4 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il presente pacchetto prevenzione è ripetibile 1 volta l'anno fino a 65 anni compiuti oltre il quale rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni
6139	6139	PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (4 gennaio – 31 dicembre), indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il presente pacchetto prevenzione è ripetibile 1 volta l'anno fino a 65 anni compiuti oltre il quale

			rientrerà nella cadenza ordinaria di 2 anni
30209	6291	PACCHETTO PREVENZIONE SINDROME DISMETABOLICA - glicemia, colesterolo frazionato (HDL e LDL), e totale, trigliceridemia, microalbuminuria, uricemia	Fruibile a partire dai 40 anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (1° gennaio – 31 dicembre) indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il medesimo pacchetto prevenzione non può essere rimborsato prima di 2 anni
8009	8009	PREVENZIONE MELANOMA (Visita specialistica dermatologica, Mappatura Nevica, Epiluminescenza, Consegna immagini/foto esame)	Fruibile a partire dai 40anni compiuti. Rimborsabile 1 pacchetto prevenzione l'anno (1 gennaio – 31 dicembre) indipendentemente dalla tipologia di prevenzione con la particolarità che il medesimo pacchetto prevenzione non può essere rimborsato prima di 2 anni
PRESTAZIONI ALTRE/Trasporto in ambulanza			
<p>Voce prevista esclusivamente se rientrante in apposita Garanzia all'interno del proprio Piano Sanitario, nella misura da quest'ultimo prevista. Il FasiOpen riconosce una compartecipazione alla spesa per il "Trasporto in Ambulanza", limitatamente alla forma indiretta ed esclusivamente al territorio nazionale.</p> <p>Il Trasporto in Ambulanza è riconosciuto solo in caso di gravi patologie per le quali, l'assistito/paziente risulti intrasportabile con mezzi propri, dal domicilio all'Istituto di Cure prescelto per il Ricovero e viceversa. Per ricovero si intende permanenza con degenza notturna in Casa di Cure o Ospedale. Quindi, fermo restando che l'unico mezzo riconosciuto è l'Autoambulanza, nulla è riconosciuto nel caso di trasporto per terapie continuative quali ad esempio (ma non esaustivo) Chemioterapia, Dialisi, Fisiokinesiterapia ecc.</p> <p>Si precisa, altresì che il servizio riconosciuto non è riferibile al trasporto in urgenza ma, solo a ricoveri programmati.</p> <p>Non è riconosciuta alcuna compartecipazione alla spesa, e quindi non applicabile al trasferimento da Casa di Cure o Ospedale verso altra Casa di Cure o Ospedale.</p> <p>Per richiedere il rimborso è necessario allegare alla modulistica, la ricevuta/fattura rilasciata dal Servizio Ambulanza (in possesso di regolare autorizzazione) che ha effettuato il trasporto, dalla quale siano rilevabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli estremi di chi ha effettuato il trasporto; - il nominativo dell'assistito che ha usufruito del trasporto (che deve essere iscritto presso il Fondo con posizione amministrativa regolare); - la data di effettuazione del trasporto; - il luogo di partenza e quello di arrivo; <p>È inoltre necessario allegare apposita certificazione medica che documenti lo stato di salute dell'assistito che ha usufruito del trasporto, al fine di verificare l'effettiva impossibilità per lo stesso di fruire di diversi mezzi propri.</p>			
7013	6134	TRASPORTO IN AMBULANZA	Limitatamente alla forma indiretta, al territorio nazionale
PRESTAZIONI PREVISTE SOLO IN FORMA INDIRETTA			

Limitatamente a specifici Piani Sanitari, nei limiti da questi previsti, il Fondo riconosce una "Indennità di Ricovero", qualora questo sia avvenuto in forma indiretta con il S.S.N.

Tale indennità/diaria è riconosciuta solo ed esclusivamente all'assistito che ha fruito delle cure indipendentemente dall'età dello stesso, ovvero solo a colui che riceve direttamente le cure/terapie (se rientrante nel nucleo familiare assistibile, registrato presso l'anagrafica del Fondo all'atto dell'inizio del ricovero e con una posizione amministrativa regolare), ovvero, non è riconosciuta l'indennità/diaria e/o ulteriore indennità/diaria per l'eventuale familiare che permane presso la struttura (anche continuativamente) per assistenza al degente.

Si precisa che, il rimborso dell'indennità/diaria, è riconosciuto unicamente quando non viene richiesto e/o non è stato richiesto al FasiOpen, alcun rimborso in riferimento e/o riconducibile al ricovero per parto e/o ricovero notturno per Grande Intervento Chirurgico e/o prestazioni riconducibili ai predetti ricoveri (diagnostica, visite specialistiche, terapie, accertamenti pre e post intervento, trasporto in ambulanza, accertamenti per maternità, ecc). Altresì non è previsto il riconoscimento delle indennità/diaria nel caso di ricovero chirurgico non rientrante nei Grandi Interventi specificati nella Garanzia del proprio Piano Sanitario.

La richiesta del riconoscimento dell'indennità/diaria (ove prevista dal Piano Sanitario), deve pervenire entro e non oltre i 3 mesi dalla data di dimissione. A tal proposito si ricorda che è obbligatorio allegare alla domanda di rimborso la copia della cartella clinica, completa e leggibile, relativa al Grande Intervento Chirurgico e/o relativa al ricovero per parto.

Il FasiOpen, limitatamente ai Piani Sanitari che lo prevedono, riconosce una compartecipazione alla spesa per Lenti o Occhiali atti alla correzione dei disturbi del visus o patologie oculari, dietro presentazione di prescrizione rilasciata dal medico – chirurgo specialista in oculistica, non più vecchia di 6 mesi dalla data di acquisto delle lenti stesse.

La richiesta di rimborso dovrà essere corredata, oltre che dalla documentazione di spesa fiscalmente valida (con dati dell'acquirente e dettaglio degli importi per singole voci/prestazioni), dalla certificazione di conformità secondo la normativa UE (2017/745 Regolamento Europeo – ex Direttiva 93/42/CEE).

Il rimborso di Lenti e Occhiali non potrà essere erogato prima di 12 mesi dalla precedente fatturazione a saldo e comunque solo a seguito di riscontro della modifica del visus.

Non è previsto alcun rimborso per montatura, occhiali e/o lenti a contatto per fini estetici, lenti a contatto mono uso (giornaliere), prodotti accessori per il mantenimento delle lenti e/o occhiali, lenti e occhiali prima dei termini di cadenza del rimborso oppure senza modifica del visus.

7003	999996	INDENNITÀ RICOVERO PARTO	Rimborsabile nei limiti massimi previsti dal singolo piano sanitario che lo include
90000	999998	INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI - FINO A 15 NOTTI	Rimborsabile nei limiti massimi previsti dal singolo piano sanitario che lo include
90001	999999	INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERI - NOTTI DALLA 16° AL RAGGIUNGIMENTO DEL MASSIMALE	Rimborsabile nei limiti massimi previsti dal singolo piano sanitario che lo include
10004	10004	LENTI E OCCHIALI	Rimborsabile 1 volta l'anno (rif. fattura)



GLOSSARIO GENERALE

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA: rimborso, da parte del Fondo direttamente alle Strutture Sanitarie in regime di Convenzionamento (di seguito Strutture Sanitarie Convenzionate), delle spese dalle stesse anticipate per conto degli iscritti, nei limiti delle tariffe massime esposte nei singoli Piani Sanitari. La forma diretta si realizza unicamente quando ad aver aderito alla convenzione sono sia la Struttura Sanitaria sia il medico-chirurgo-odontoiatra che, con la sua équipe, ha accettato l'accordo tramite la Struttura Sanitaria stessa, fermi restando i requisiti necessari da parte dell'iscritto per accedere alla forma diretta.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA: rimborso, da parte del FasiOpen, direttamente all'iscritto, delle spese dallo stesso sostenute, nei limiti delle tariffe massime esposte nei singoli Piani Sanitari al momento della fatturazione a saldo. Si applica la forma indiretta quando si fruisce di prestazioni presso una Struttura Sanitaria non rientrante nel network riconosciuto dal FasiOpen oppure, nel caso in cui, pur essendo la Struttura Sanitaria convenzionata, non è possibile applicare la forma diretta (ad esempio: problemi anagrafico/contributivi, prestazione per la quale non è prevista la forma diretta o, ancora, il medico/chirurgo non ha aderito alla convenzione).

ASSISTITO: persona assistibile dal Fondo, registrato presso l'anagrafica del Fondo, secondo le condizioni previste dal Regolamento, rientrante nel nucleo familiare di un iscritto, che rimane l'unico effettivo titolare del rapporto con il Fondo.

BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA: la biologia molecolare studia e interpreta a livello molecolare i fenomeni biologici, considerando la struttura, le proprietà e le reazioni delle molecole chimiche di cui gli organismi viventi sono costituiti. La Biologia Molecolare Clinica è il settore disciplinare afferente alla Medicina di laboratorio che racchiude e contraddistingue l'insieme dei test che comportano la determinazione di DNA, RNA, proteine o metaboliti per rilevare i genotipi, le mutazioni o le variazioni biochimiche che consentono di identificare specifici stati di salute.

CASA DI CURA PRIVATA PER ACUTI: Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria per le malattie acute ed in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA PER ACUTI: Struttura Sanitaria con posti letto, convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale per l'assistenza sanitaria per le malattie acute ed in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.

CONSULTO: visita specialistica effettuata da medico-chirurgo con specializzazione diversa da quella del medico curante durante un ricovero con degenza notturna o diurna, ovvero con specializzazione diversa rispetto a quella che ha determinato il ricovero, nei casi in cui il medico curante stesso la ritenga necessaria ed indispensabile.

CURE TERMALI: terapie fruite presso Stabilimenti Termali in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti.

DAY HOSPITAL (D.H.): modalità di erogazione delle prestazioni per la quale l'assistito rimane presso la Struttura Sanitaria in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno e senza pernottamento.

DAY SURGERY (D.S.): modalità di erogazione di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive (se previsto dai singoli Piani Sanitari/Garanzie), in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno.

DEGENZA CON RICOVERO NOTTURNO (R.N.): ricovero con pernottamento in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti a svolgere terapie mediche e chirurgiche.

DIARIO RIABILITATIVO/FISIOTERAPICO: in caso di ricovero, documento inserito all'interno della cartella clinica dove vengono annotate data, orario e tipologia di prestazioni effettuate dal paziente durante la degenza, comprensivo delle note del terapeuta; in caso di terapie ambulatoriali,

documento controfirmato dal paziente in cui vengono annotati gli accessi alla struttura (le date) e la tipologia di prestazioni.

DIFETTI FISICI: si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

DOMICILIO: luogo di abitazione dell'iscritto/assistito, anche temporaneo.

ESCLUSIONI: elenco delle prestazioni escluse dalla compartecipazione del Fondo. Si ricorda che, oltre quanto esplicitamente esposto nelle esclusioni presenti all'interno del Nomenclatore Base in vigore, è da considerarsi non rimborsabile quanto non esplicitamente contemplato nel Nomenclatore stesso e quanto non esplicitamente rientrante nelle Garanzie del Piano Sanitario prescelto.

EXTRA-MOENIA (O EXTRAMURARIA): attività libero professionale svolta da medici-chirurghi-odontoiatri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso Strutture Sanitarie private.

FATTURA DI ACCONTO: documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria solo per una parte del corrispettivo finale quando le prestazioni non sono state completamente fruite dall'assistito. Nell'ambito dei rapporti con il FasiOpen, una fattura di acconto deve essere sempre accompagnata e quindi inoltrata insieme ad una fattura di saldo parziale o di saldo (entro 3 mesi dalla data di emissione di quest'ultima secondo quanto indicato nel Regolamento). Una fattura di acconto a sé stante non è rimborsabile dal Fondo.

FATTURA DI SALDO PARZIALE: documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria per il pagamento della parte di prestazioni già fruite dall'iscritto/assistito, quando altre prestazioni devono essere ancora effettuate. Nell'ambito dei rapporti con il FasiOpen, la fattura di saldo parziale deve essere inviata (insieme ad un eventuale acconto se presente) entro 3 mesi dalla data di rilascio. Si precisa che, benché una fattura riporti la dicitura "acconto" all'interno della descrizione, questa può essere considerata quale "saldo parziale" qualora sia rilevabile l'esatta correlazione tra importi e prestazioni completate/terminate.

FATTURA DI SALDO: documento fiscale emesso dal medico-chirurgo-odontoiatra o dalla Struttura Sanitaria quando l'intero corrispettivo è stato pagato e le prestazioni alle quali la fattura si riferisce sono state fruite. Nell'ambito dei rapporti con il FasiOpen, la fattura di saldo deve essere inviata nel rispetto delle tempistiche e delle condizioni previste nel Regolamento.

FISIOKINESITERAPIE: trattamenti/cure fisiche prescritte dal medico di fiducia e fruite in Strutture Sanitarie ambulatoriali regolarmente autorizzate (vedi anche voce "Riabilitazione"). Trattandosi di "prestazioni sanitarie", sono sempre esenti dall'IVA, indipendentemente dalla fatturazione, che può essere emessa da persone fisiche, società, cooperative, O.N.L.U.S. od altre organizzazioni. Le prestazioni Fisiokinesiterapiche sono "prestazioni sanitarie" svolte da medici-chirurghi con titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia oppure da laureati o diplomati in fisioterapia o diplomi equipollenti regolarmente riconosciuti dalla normativa vigente e dalle autorità competenti. Si ricorda che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, massaggiatori e capobagnini degli stabilimenti idroterapici/termali etc.

INFORTUNIO: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE: intervento chirurgico eseguito senza ricovero diurno (esclude quindi il riconoscimento del regime di Day Surgery) presso lo studio del medico-chirurgo o presso l'ambulatorio di una Struttura Sanitaria.

INTERVENTO CHIRURGICO: provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali e/o strumentali cruenti in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate per eseguire terapie chirurgiche in Day Surgery o in forma di ricovero notturno.

INTRA-MOENIA (O INTRA-MURARIA): attività libero-professionale svolta dai medici-chirurghi-odontoiatri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso Strutture Sanitarie pubbliche o private non accreditate.

ISCRITTO: titolare dell'iscrizione FasiOpen.

MALATTIA: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Deve essere comprovata da apposita certificazione medica in cui risulti la "diagnosi".

MALFORMAZIONI: si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di suoi organi per condizioni congenite.

MANU MEDICA: prestazioni sanitarie eseguite da laureati in medicina e chirurgia. Alcune prestazioni di fisiokinesiterapia, per essere riconosciute dal Fondo come rimborsabili, devono essere eseguite da medici in possesso di titolo di specializzazione in fisiatria od ortopedia e traumatologia e non da personale in possesso del diploma o laurea triennale in fisioterapia.

MEDICINA NUCLEARE: specialità medica che utilizza i radioisotopi, nello studio delle funzioni eventualmente alterate degli organi, per la diagnosi e/o la cura di varie patologie.

MEDICO DI FIDUCIA O MEDICO CURANTE: medico-chirurgo scelto dall'iscritto per le proprie cure ed in possesso di titolo di specializzazione regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti.

MEDICO SPECIALISTA DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA: medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione che svolge la propria opera professionale in qualità di dipendente del Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale presso una Struttura Sanitaria pubblica (Policlinici Universitari, Ospedali, Istituti di ricerca e cura, AUSL, Consultori familiari ed altre Strutture Sanitarie pubbliche autorizzate).

NOMENCLATORE: elenco delle prestazioni rientranti nell'area di intervento del Fondo. Il Nomenclatore FasiOpen è esposto in modo analitico. Le prestazioni non presenti nel Nomenclatore del FasiOpen sono da intendersi come non rimborsabili dal Fondo. Le prestazioni inserite all'interno del Nomenclatore FasiOpen sono da intendersi, invece, come prestazioni per il quale Il Fondo prevede una compartecipazione esclusivamente se rientrante all'interno delle Garanzie del singolo Piano Sanitario dell'iscritto nella misura e secondo le condizioni previste dalla singola Garanzia.

OSPEDALE: Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata dalle autorità competenti. Gli Ospedali possono essere sia pubblici che privati.

PACCHETTO CHIRURGICO: insieme di prestazioni concorrenti all'esecuzione dell'intervento chirurgico per le quali è previsto un rimborso forfettario.

PACCHETTI DI PREVENZIONE: insieme di prestazioni e/o accertamenti non scindibili, utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie e quindi il verificarsi di danni anche irreversibili quando la patologia è in atto, per le quali è previsto un rimborso forfettario.

POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO: Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata dalle autorità competenti per svolgere, ambulatorialmente, accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche e/o interventi chirurgici e/o terapie mediche.

POLICLINICO UNIVERSITARIO: Struttura Sanitaria con posti letto per l'assistenza sanitaria delle malattie acute e/o croniche, regolarmente autorizzata dalle autorità competenti, nella quale si esegue anche la didattica. I Policlinici Universitari possono essere sia pubblici che privati.

PRESTAZIONI SOGGETTE A LIMITI: prestazioni presenti all'interno del Nomenclatore e dei Piani Sanitari del Fondo, per il quale il FasiOpen ha previsto dei limiti amministrativi di rimborsabilità. I limiti possono essere temporali (esempio: rimborso ripetibile 1 volta l'anno), quantitativi (esempio: rimborsabili al massimo 10 prestazioni), di età (esempio: rimborsabile da 0 a 3 anni), di sesso (uomo o donna), di parte corpo (es. occhio destro, gamba sinistra).

RETTA DI DEGENZA PER RIABILITAZIONE: retta di degenza riconosciuta limitatamente ai ricoveri in regime notturno.

RIABILITAZIONE: terapie per rieducare apparati del corpo lesi da infortuni e/o malattie, al fine di renderli nuovamente funzionali per le normali attività; possono essere eseguite ambulatorialmente nelle Strutture Sanitarie autorizzate per fisiokinesiterapia e riabilitazione, oppure ancora, in

particolari casi presso il domicilio del paziente (vedi anche voce “Fisiokinesiterapie”).

RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA PER PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE ACUTE E CRONICHE: terapie volte, nel caso di danno neurologico invalidante, al recupero di capacità funzionali motorie o neuromotorie recentemente ridotte e/o perse per malattia o traumi e/o per patologie croniche degenerative (ictus cerebrale, morbo di Parkinson, sclerosi multipla ecc.).

RICOVERO: permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in day hospital o day surgery, resa necessaria da infortunio o malattia.

STESSA SEDUTA/NEL CORSO DELLA STESSA SEDUTA: arco di tempo necessario per lo svolgimento di uno o più atti medici erogati nel corso del medesimo accesso alla Struttura Sanitaria/Ambulatorio.

TARIFFARIO: esposizione degli importi massimi rimborsabili dal FasiOpen e degli eventuali limiti di riconoscimento delle prestazioni, sia in forma diretta che in forma indiretta, per ciascuna prestazione prevista dal Piano Sanitario a rimborso analitico (riconoscibili alle condizioni esposte dal Piano Sanitario stesso), ove ogni tariffa esposta ha il significato di “fino ad €.....”.

TERAPIA OCCUPAZIONALE: terapie volte al recupero o mantenimento delle competenze necessarie allo svolgimento della vita quotidiana su soggetti affetti da disabilità cognitive, fisiche e psichiche preesistenti.

TICKET: quota di spettanza del cittadino come partecipazione alla spesa per visite specialistiche, esami diagnostici, terapie, etc., eseguiti presso Strutture Sanitarie pubbliche o presso Strutture Sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale. Si ricorda che il Ticket è una voce di spesa diversa dalla Quota fissa Finanziaria 2011 e Contributo Fisso Aggiuntivo Quota ricetta. I cittadini sono esenti dal pagamento del ticket se rientrano in alcune fasce di età, se affetti da determinate patologie o per reddito.

VISITA MEDICA GENETICA (GENETICA CLINICA): visita specialistica effettuata da medico – chirurgo specializzato in genetica medica.

VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: visita effettuata da medico-chirurgo, in possesso del titolo di specializzazione regolarmente riconosciuto in Italia dalle autorità competenti e registrato presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, per diagnosticare e/o prescrivere terapie nell'ambito della propria specializzazione.

VISITA SPECIALISTICA IN FASE DI RICOVERO: visita effettuata dal medico curante e/o dalla sua équipe durante una terapia medica o chirurgica in favore di un assistito ricoverato

FASIOPEN

Sede Legale Viale Pasteur 6 – 00144 Roma
Sede Operativa Viale Europa 175 – 00144 Roma
fasiopen.it