

VADEMECUM TESTO UNICO ASSILT

PRINCIPALI PRESTAZIONI SANITARIE: CRITERI DI RICHIESTA E DI RIMBORSO

	Cosa devo presentare	A quanto ammonta il rimborso	Ogni quanto è previsto il rimborso	Note
ODONTOIATRIA (Art. 19)	<ul style="list-style-type: none"> ricevuta del medico odontoiatra (<i>o dello studio, con indicazione del medico che ha eseguito la cura. In alternativa il nome del medico odontoiatra curante può essere indicato nel piano di cura o nel modello odontoiatrico</i>) piano di cura dettagliato con tipo di cura, denti trattati e singolo costo (<i>disponibile apposta modulistica nel portale ASSILT www.assilt.it sezione "Cosa fare per"</i>) 	<p>90% della spesa fino all'importo massimo indicato per ogni prestazione nel Tariffario Odontoiatrico (<i>allegato A del testo normativo</i>)</p> <p>il massimale per ogni iscritto è di 10.000 euro in 18 mesi.</p>	<p>La stessa prestazione potrà essere rimborsata solo quando viene superato il limite di tempo specificatamente indicato agli Artt. 21 e 22 del testo normativo</p>	
OCCHIALI DA VISTA (Art. 24)	<ul style="list-style-type: none"> prescrizione di un medico oculista con l'indicazione grafica del difetto visivo ricevuta dell'ottico con l'indicazione del tipo di occhiali acquistati (lontano/vicino/progressivi) 	<p>80% della spesa fino all'importo massimo indicato nella tabella A dell'Art. 24 del testo normativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ogni 12 mesi da 0 a 8 anni di età ogni 18 mesi per i soci dagli 8 anni ai 21 anni di età ogni 3 anni oltre i 21 anni di età 	<p>Nell'ambito del periodo di rimborso, in alternativa agli occhiali con lenti progressive possono essere riconosciuti un paio di occhiali con lenti da lontano e un paio con lenti da vicino</p>
LENTI A CONTATTO (Artt. 26 - 27)	<ul style="list-style-type: none"> prescrizione di un medico oculista con indicazione grafica del difetto visivo ricevuta dell'ottico con indicazione del tipo di lente acquistata copia della confezione delle lenti con evidenza del numero del lotto e la data di scadenza 	<p>60% della spesa fino ad un importo massimo di 340 euro erogabili ogni 36 mesi (<i>dalla data della prima fattura</i>)</p>		

<p>PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Art. 29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prescrizione del medico di base o di un medico specialista ▪ ricevuta con dettaglio della prestazione sanitaria eseguita e del relativo costo. Se la ricevuta non riporta il dettaglio delle prestazioni eseguite deve essere allegato un documento da cui le stesse siano rilevabili (<i>dichiarazione della struttura sanitaria, riepilogo della prenotazione e così via</i>). 	<p>65% della spesa fino all'importo massimo indicato nella tabella C dell'Art. 29 del testo normativo</p>	<p>Alcune prestazioni specialistiche sono rimborsabili solo superato un determinato limite di tempo (<i>consultabile nella tabella C dell'Art. 29 del testo normativo</i>)</p>
<p>FISIOTERAPIA (Art. 36)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prescrizione di uno dei medici specialisti specificatamente indicati al comma 3 dell'Art. 36 del testo normativo. ▪ ricevuta rilasciata da fisioterapista (<i>o figura equipollente di cui al comma 4 dell'Art. 36</i>) con indicazione del numero di sedute effettuate (<i>precisare se sedute individuali o collettive</i>). 	<p>65% della spesa fino ad un importo massimo di 20 euro a seduta per le sedute individuali e 10 euro per le sedute collettive.</p>	<p>20 sedute ogni 12 mesi (<i>dalla data della prima fattura</i>)</p>
<p>TERAPIA INFILTRATIVA (Art. 33)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prescrizione e ricevuta di uno dei medici specialisti specificatamente indicati all'Art.33 del testo normativo, con l'indicazione dell'infiltrazione eseguita (<i>nelle articolazioni, nei nervi, nelle radici spinali, nei tendini</i>) e della sostanza somministrata (<i>farmaci anti-infiammatori, anestetici locali, alcol, ozono, ossigeno, acido ialuronico, pappa piastrinica</i>). Sono erogabili contributi per le solo infiltrazioni ambulatoriali eseguite a scopo curativo e non estetico. 	<p>65% della spesa sostenuta fino all'importo massimo di 500 euro ogni 12 mesi</p>	<p>Il massimale di contributo erogabile per ogni iscritto ogni 12 mesi decorre dalla data della prima fattura rimborsata per tali terapie</p> <p>Il contributo comprende la prestazione sanitaria e il costo della sostanza somministrata</p>
<p>FARMACI (Art. 31)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prescrizione di un medico di base o di un medico specialista ▪ scontrino o ricevuta di spesa (<i>riportante il codice fiscale del fruitore</i>) 	<p>60% della spesa fino all'importo massimo di 250 euro in 12 mesi</p>	

<p>PSICOTERAPIA (Art. 39)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • le prestazioni sono rimborsabili previa autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente che avrà cura di richiedere la necessaria documentazione utile a definire le terapie autorizzabili • ricevuta di professionista iscritto all'Albo degli psicoterapeuti riportante il numero di sedute effettuate 	<p>75% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 35 euro a seduta</p>	<p>50 sedute ogni 12 mesi (<i>dalla data della prima fattura</i>) per 2 anni consecutivi. Non sono erogabili nuovi contributi prima che siano decorsi 36 mesi dall'ultima fattura liquidata</p>	<p>Per queste prestazioni è necessaria la preventiva autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente</p>
<p>LOGOPEDIA (Art. 64)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • le prestazioni sono rimborsabili previa autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente che avrà cura di richiedere la necessaria documentazione utile a definire la quantità di terapie autorizzabili • ricevuta di logopedista riportante il numero di sedute effettuate 	<p>65% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 25 euro a seduta</p>		<p>Per queste prestazioni è necessaria la preventiva autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente</p>
<p>INTERVENTI CHIRURGICI CON RICOVERO IN AMBITO PRIVATO (Artt. 60 – 61 - 62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervento è rimborsabile previa autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente che valuterà la documentazione e la necessità di ricorrere a una struttura sanitaria privata • ricevuta dettagliata delle spese sostenute per l'equipe medica, la sala operatoria, la degenza e l'eventuale stanza a pagamento (<i>comfort alberghiero</i>) • pagina della cartella clinica con specifica del tipo di intervento e periodo di ospedalizzazione 	<p>60% della spesa fino ad un massimo previsto per ciascuna prestazione.</p>	<p>Contributo del 60% della spesa, fino a massimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4.000 euro per l'equipe chirurgica. • 1.000 euro per la sala operatoria • 1.500 euro Degenza • 500 euro comfort alberghiero 	<p>Per queste prestazioni è necessaria la preventiva autorizzazione della linea sanitaria territorialmente competente</p>