ELENCO NUOVE PRESTAZIONI

Codice	Descrizione	Sezione Tariffario	Tariffa
6519	Uso sala operatoria per interventi chirurgici (compresi materiali, medicinali, uso di anestetici) eseguiti in regime ambulatoriale in ospedali, case di cura, day hospital, day Surgery	6 USO SALE	€ 200
6520	Terapia Fotodinamica di tumori cutanei maligni o lesioni precancerose - a seduta - (documentata da foto pre intervento e prescrizione dello specialista dermatologo) massimo 10 sedute l'anno	12 INTERVENTI	€ 52
6521	Infiltrazione articolare TC guidata (solo se eseguita con farmaco)	12 INTERVENTI	€ 100
6522	Biopsia con tecnica fusione comprensiva di rmn ed eco	12 INTERVENTI	€ 800
6523	Ibridazione in situ su metafasi e/o nuclei interfasici, tessuti (FISH)	13 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	€ 150
6524	QFPCR Analisi di genetica molecolare per le aneuploidie cromosomiche più comuni (13, 18, 21, X-Y) (Rimborso non ripetibile)	13 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	€ 70
6525	Test predisposizione genetica alla celiachia HLA-DQA1, HLA-DQB1, HLA-DRB (Rimborso non ripetibile)	13 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	€ 140
6526	Analisi computerizzata del cammino (anche non eseguita da fisioterapista)	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 35
6527	Esercizi terapeutici posturali propriocettivi	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 8
6528	Kinesio taping (solo applicazione)	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 6
6529	Massaggio Pompage	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 6
6530	Meccanoterapia	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 5
6531	Mezieres	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 9
6532	Acquisto apparecchiatura a domicilio per: kinesiterapia attiva o passiva o elettroterapia (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 lettera di dimissioni rilasciata dalla struttura sanitaria dalla quale si evinca il motivo del ricovero/tipo di intervento chirurgico eseguito; o per ventilazione assistita durante il sonno per sindrome dell'apnea notturna (anche se prescritto da medico chirurgo specialista in otorinolaringoiatria); o per vacuum therapy per ulcere cutanee.	14 FISIOKINESITERAPIA	50% costo sostenuto con limite annuo di 100 euro
6533	Riabilitazione robotica attiva/passiva assistita (anche se prescritte da medico chirurgo specialista in neurologia, neurochirurgia)	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 20
6534	Vacuum terapia	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 5
6535	Valutazione funzionale caviglia, tronco , rischio caduta, total body	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 15
6536	Vibrazione neuromuscolare NEMES	14 FISIOKINESITERAPIA	€ 5
6537	Prevenzione oculistica – visita con fundus, tonometria, test Shirmer	19 PREVENZIONE	100%
6538	Prevenzione oculistica bambini – visita oculistica con valutazione ortottica	19 PREVENZIONE	100%
6539	Prevenzione odontoiatrica bambini- visita odontoiatrica	19 PREVENZIONE	100%
6540	Prevenzione osteoporosi: visita fisiatrica e Moc 1 segmento	19 PREVENZIONE	100%

ELENCO PRESTAZIONI CON VARIAZIONE DELLA TARIFFA

Codice	Descrizione	Tariffa Faschim 1/1/2020
1238	Artroprotesi totale d'anca, revisione (trattamento completo): intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento.	€ 4.000
1236	Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	€ 3.500
1270	Infiltrazione articolare anche se eco/rx guidata (solo se eseguita con farmaco)	€ 30
1276	Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	€ 1.200
1277	Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	€ 1.500
9039	Terapia chirurgica microinvasiva a radiofrequenza (coblator) per: decongestione sottomucosa dei turbinati, tonsillotomia extracapsulare, tonsillectomia, adenoidectomia, uvulopalatofaringoplastica - compreso uso apparecchiatura. Documentata da referto tac emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	€ 600
9051	Microarray, cDNA- screening genetico in pazienti oncologici (qualsiasi numero di determinazioni)	€ 600
6094	Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) + HPV (Papilloma virus)Test	€ 25
2385	Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare (documentato da referto)	€ 60
2386	Istologico (documentato da referto)	€ 24
2388	Istologico durante intervento (estemporaneo) (documentato da referto)	€ 60
2389	Istologico durante intervento (estemporaneo) - ogni inclusione in più (documentato da referto)	€ 25
2387	Istologico, ogni inclusione in più (documentato da referto)	€ 24
2438	Ecografia addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)	€ 60
2436	Ecografia addominale inferiore-pelvi (esame completo)	€ 50
2437	Ecografia addominale superiore (esame completo)	€ 50

ELENCO PRESTAZIONI CON MODIFICA NELLA DESCRIZIONE		
Codice	**Descrizione**	**Attenzione alla Premessa di Branca**
1	Le specializzazioni ammesse al rimborso sono le seguenti: Allergologia ed immunologia, anestesia rianimazione, terapia intensiva e del dolore (compresa medicina iperbarica), angiologia, audiologia e foniatria, cardiochirurgia, cardiologia (malattie dell'apparato cardiovascolare compresa cardiologia interventistica), chirurgia generale (compresa chirurgia della mammella, chirurgia proctologica), chirurgia maxillo-facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica ricostruttiva, chirurgia toraco polmonare, chirurgia vascolare, dermatologia e venereologia, ematologia, endocrinologia e malattie del metabolismo, fisiatria (medicina fisica e riabilitativa), gastroenterologia (malattie dell'apparato digerente), genetica medica, geriatria, malattie infettive e tropicali, medicina dello sport (ad esclusione della visita per il rilascio di certificati di idoneità sportiva) (documentata da referto), medicina interna, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria, oculistica (oftalmologia), oncologia medica, ortopedia e traumatologia (compresa chirurgia mano/piede), otorinolaringoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, pneumologia (malattie dell'apparato respiratorio), psichiatria, radioterapia, reumatologia, scienze dell'alimentazione, urologia (compresa andrologia).	
8	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno in reparto di terapia intensiva/rianimazione/unità coronarica/sala asettica per trapianti (comprensiva dell'assistenza 24 h équipe medico/infermieristica con paziente solitamente intubato e dell'uso di apparecchiature speciali). La retta è omnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. E' sostitutiva della normale retta di degenza.	
9	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno in reparto di terapia subintensiva (comprensiva di assistenza paramedica 24 h, monitoraggio 24 h/telemetria, assistenza non continuativa dell'équipe medica con paziente non intubato e dell'uso di apparecchiature speciali). La retta è omnicomprensiva e sostituiva della normale retta di degenza, ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. E' sostitutiva della normale retta di degenza.	
18	Materiali usati in sala operatoria ed in reparto in corso di ricovero con degenza notturna o diurna (documentati dal dettaglio analitico con specifica dei relativi importi)	
19	Medicinali usati in sala operatoria ed in reparto in corso di ricovero con degenza notturna o diurna (documentati dal dettaglio analitico con specifica dei relativi importi)	
20	Presidi e Protesi	Sono ammessi/e al rimborso solo se utilizzati/e durante un ricovero con degenza notturna o diurna descritti/e nella cartella clinica e nella fattura rilasciata dalla Struttura Sanitaria. Esclusivamente in caso di amputazione di arto e di enucleazione oculare, la protesi è ammessa a rimborso anche se acquistata fuori dal ricovero con prescrizione del medico specialista in ortopedia e traumatologia o medicina fisica e riabilitativa o oftalmologia. La prescrizione medica deve essere di data non anteriore ad 1 anno rispetto alla data della fattura. Tale rimborso non è ripetibile prima di 2 anni.
51	Uso sala ambulatoriale dedicata per piccoli interventi chirurgici/endoscopie (compresi materiali e medicinali ed uso di anestetici locali/sedazione profonda) eseguiti in regime ambulatoriale in ospedali, case di cura, day hospital, day Surgery	
232	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare più eventuale rimozione di espansore	
233	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare più eventuale rimozione di espansore	
234	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare più eventuale rimozione di espansore	
6509	Asportazione di lesione della cute per patologia benigna (nei, angiomi, cheratosi attiniche..) (documentata da foto pre intervento o referto istologico)	
6506	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto sottocutaneo per patologia benigna (cisti, lipomi, ecc) (documentata da referto ecografico pre intervento o referto istologico)	
6508	Diatermocoagulazione o crioterapia o laserterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (documentata da foto pre intervento)	
6011	Epiluminescenza, qualsiasi apparecchiatura (massimo 1 volta l'anno)(documentata da referto)	
323	Tumore superficiale o cisti benigna del viso, intervento per (documentato da foto pre intervento o referto istologico)	
6016	Infiltrazione di fattori di crescita (lesioni muscolo-scheletriche, dermatologiche) massimo 4 l'anno (documentata da autorizzazione sanitaria della struttura all'utilizzo PRP)	
474	Diastasi dei retti, intervento per (documentato da referto ecografico emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.)	
484	Ernia ombelicale (documentata da referto ecografico emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.) , intervento per	
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) (documentato da referto tac/rx emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.)	
660	Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per (documentato da foto pre intervento)	
661	Angiomi del viso di grandi dimensioni (da cm. 4 in poi), intervento per (documentato da foto pre intervento)	
662	Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento per (documentato da foto pre intervento)	
663	Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (da cm. 7 in poi), intervento per (documentato da foto pre intervento)	
669	Cicatrici del viso di piccole dimensioni (esito di evento traumatico), correzione di (documentata da foto pre intervento)	

670	Cicatrici del viso di grandi dimensioni (esito di evento traumatico), correzione di (documentata da foto pre intervento)	
681	Malformazioni delle labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle (documentata da foto pre intervento)	
673	Ginecomastia bilaterale vera (documentata da referto ecografico/istologico emesso da struttura pubblica o accreditata S.S.N.) , intervento per	
672	Ginecomastia monolaterale vera (documentata da referto ecografico/istologico emesso da struttura pubblica o accreditata S.S.N.) , intervento per	
682	Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per (escluse finalità estetiche)	
898	Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta) in paziente oncologica	
1013	Trattamento chirurgico delle ernie discali per via endoscopica e/o percutanea, qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione eventualmente TC guidato (i.d.e.t, chemonucleolisi, laserdiscectomia etc.) - trattamento completo - esclusa ozono-terapia. (Documentato da accertamento diagnostico pre-intervento)	
1029	Cisti, asportazione di (documentata da foto pre-intervento)	
1039	Piccoli tumori o cisti, asportazione di (documentata da referto istologico)	
1061	Iniezione sottocongiuntivale (come unico intervento)	
1068	Sutura di ferita congiuntivale (come unico intervento)	
6050	Uva-cross-linking corneale per cheratocono (compresa applicazione di lente a contatto terapeutica ed esame OPD) (trattamento completo) (massimo 2 trattamenti l'anno) (Documentato da accertamenti diagnostici pre-intervento)	
1105	Sutura sclerale (come unico intervento)	
1129	Sutura dell'iride (come unico intervento)	
6051	Iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida, (comprensiva del medicinale, degenza e sala operatoria), a trattamento (massimo 2 trattamenti l'anno/occhio)	
1239	Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero/intervento	
1238	Artroprotesi totale d'anca, revisione (trattamento completo): intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento.	
1270	Infiltrazione articolare anche se eco/rx guidata (solo se eseguita con farmaco)	
6058	Infiltrazioni per ozono-terapia per ernie e protrusioni discali (a seduta) (massimo 10 sedute l'anno) (Documentate da referto di accertamento diagnostico)	
6060	Colesteatoma, controllo chirurgico periodico (massimo 1 all'anno)	
1407	Fistole oro antrali, intervento per	
1413	Settoplastica con innesti liberi di osso (escluse finalità estetiche) documentata da referto tac e verbale di Pronto Soccorso emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	
1414	Settoplastica ricostruttiva o funzionale con eventuale turbinotomia (escluse finalità estetiche e non rimborsabile se concomitante o conseguente ad interventi di natura estetica) documentata da referto tac emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	
1415	Settoplastica, revisione di interventi funzionali o ricostruttivi documentato da referto tac emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	
1428	Settoplastica ricostruttiva o funzionale con eventuale turbinotomia (non rimborsabile se concomitante o conseguente ad interventi di natura estetica) documentata da referto tac emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	
1430	Speroni o creste del setto, asportazione di (come unico intervento) documentata da referto tac emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	
9039	Terapia chirurgica microinvasiva a radiofrequenza (coblator) per: decongestione sottomucosa dei turbinati, tonsillotomia extracapsulare, tonsillectomia, adenoidectomia, uvulopalatofaringoplastica - compreso uso apparecchiatura. Documentata da referto tac emesso da struttura pubblica o privata accreditata S.S.N.	
6263	Harmony test/Prenatal Safe/G-test/Test Aurora, Nipt Test*	
6094	Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) + HPV (Papilloma virus)Test	
2382	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1) (documentato da referto)	
2383	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo (documentato da referto)	
2384	Immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma (documentato da referto)	
2385	Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare (documentato da referto)	
2386	Istologico (documentato da referto)	
2388	Istologico durante intervento (estemporaneo) (documentato da referto)	
2389	Istologico durante intervento (estemporaneo) - ogni inclusione in più (documentato da referto)	
2387	Istologico, ogni inclusione in più (documentato da referto)	
2444	Ecocardiogramma M Mode 2D e Doppler o sottosforzo (ecocardiostress) , con eventuali prove farmacologiche	
2459	Densitometria/Mineralometria ossea computerizzata - più segmenti o total body	
2458	Densitometria lombare con T.C./Mineralometria ossea computerizzata - un segmento	
2516	Mammografia bilaterale (compreso esame clinico)	
2515	Mammografia monolaterale (compreso esame clinico)	
2846	Esercizi ortottici (a seduta) (ortottista) (Massimo 10 l'anno) (Documentati da prescrizione dell' oculista)	
2894	Esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta) massimo 10 sedute l'anno	
2913	Ventiloterapia (a seduta) massimo 10 sedute l'anno	
6145	Apparecchi acustici	Il rimborso di queste prestazioni è ammesso unicamente se le stesse sono prescritte dal medico specialista in otorinolaringoiatria con l'indicazione della patologia per cui si sono rese necessarie. La prescrizione deve essere di data non anteriore a 1 anno dalla data della fattura. L'intervento non è ripetibile prima di 3 (tre) anni.

6160	Prevenzione - Mammografia bilaterale (compreso esame clinico)	
6165	Malattie gravi - Prestazioni Socio assistenziali (OSA - ASA - OSS)	L'elenco delle patologie è stato ampliato - vedi Premesse di Branca Sezione 18
6166	Malattie gravi - Servizi Infermieristici	L'elenco delle patologie è stato ampliato - vedi Premesse di Branca Sezione 18
6167	Malattie gravi - Fisioterapia	L'elenco delle patologie è stato ampliato - vedi Premesse di Branca Sezione 18
6168	Malattie gravi - Logopedia	L'elenco delle patologie è stato ampliato - vedi Premesse di Branca Sezione 18

ELENCO PRESTAZIONI ELIMINATE	
Codice	**Descrizione**
6029	Infiltrazione di fattori di crescita (lesioni muscolo-scheletriche, dermatologiche)
6045	Infiltrazioni per ozono-terapia per ernie discali (a seduta) (max 10 sedute l'anno)
1041	Sutura cute palpebrale (come unico intervento)
1046	Xantelasma semplice, asportazione di (documentato da foto pre e post trattamento)
1047	Xantelasma, asportazione con plastica per scorrimento (documentato da foto pre e post trattamento)
1428	Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (non rimborsabile se
6057	Infiltrazione di fattori di crescita (lesioni muscolo-scheletriche, dermatologiche)
2456	Densitometria lombare con T.C.
2457	Densitometria total body
2493	Radiografia cranio, teleradiografia (qualsiasi numero di proiezioni)
6512	Prevenzione oculistica - O.C.T (Tomografia a coerenza ottica)
6513	Prevenzione oculistica - Pachimetria corneale
6514	Prevenzione oculistica - Campimetria computerizzata (VCP)

ELENCO NUOVE PRESTAZIONI					
Codice	**Descrizione**	**Sezione**	LIMITI	OBBLIGHI	OBBLIGHI
2678	Intervento di Mini Rialzo del Seno Mascellare per via crestale con contestuale inserimento di materiale da innesto	Implantologia	Rimborso mai ripetibile sulla stessa sede	Pre-trattamento: OPTo rx endorale periapicale	Post-trattamento: OPT o rx edorale periapicale (per l'innesto del materiale fornire etichetta o copia della stessa, che attesti la tipologia di materiale biocompatibile innestato ed i vari riferimenti. Qualora la stessa sia stata affrancata sul diario o cartella clinica, fornire copia o foto della cartella clinica riguardante la prestazione stessa)
2679	Terapia Ortodontica con Allineatori – per arcata – comprese visite di controllo periodico	Ortodonzia	Massimo per 3 anni anche non consecutivi fino al concorrimento dei limite di età (26 anni)	Pre Trattamento: OPT o Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" o foto dei modelli di studio in occlusione prima dell'inizio del trattamento	Post Trattamento: Foto con gli allineatori/mascherine inserite all'interno del cavo orale e certificato o etichetta della casa produttrice del sistema di allineatori

ELENCO PRESTAZIONI CON VARIAZIONI					
Codice	**Descrizione**	**Sezione**	LIMITI	OBBLIGHI	OBBLIGHI
2587	Inserimento di materiale biocompatibile o Socket Preservation (incluso qualsiasi tipo di lembo) - per emiarcata	Parodontologia			
2603	Intarsi in LP, ceramica, disilicato di litio o composito- (inlay, onlay, overlay) compreso provvisorio - ad elemento	Conservativa			
2609	Ricostruzione del dente o moncone con ancoraggio e inserimento di vite Dentatus o perno prefabbricato in fibra di carbonio, fibra di vetro o ceramica vetrosa, - ad elemento	Conservativa			
2616	Intervento di grande rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto - intervento ambulatoriale - per emiarcata	Implantologia	Rimborso mai ripetibile sulla stessa emiarcata	Pre-trattamento: OPT o TC Dentalscan	Post-trattamento: OPT o TC Dentalscan (per quanto riguarda l'innesto di osso autologo o inserimento di materiale da innesto, accompagnare l'obbligo con dichiarazione dell'odontoiatra in cui venga specificata la sede del prelievo osseo autologo o la specifica del materiale da innesto utilizzato - etichetta o copia della stessa , che attesti la tipologia di materiale biocompatibile innestato ed i vari riferimenti. Qualora la stessa sia stata affrancata sul diario o cartella clinica, fornire copia o foto della cartella clinica riguardante la prestazione stessa)
2622	Perno moncone fuso in LNP o LP	Protesi	Rimborso non ripetibile prima di 5 anni		Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico

2633	Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP o LP fuso prefabbricato. Per elemento, qualsiasi	Protesi	Rimborso non ripetibile prima di 5 anni		Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico o etichetta della casa produttrice qualora si tratti di componentistica prefabbricata
2671	Ripristino o riparazione o aggiunta denti su protesi mobile preesistente	Protesi	Non rimborsabile contestualmente alla richiesta di nuove protesi mobili definitive		Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico
2672	Riabilitazione protesica tipo Toronto Bridge o Columbus Bridge e/o qualsiasi tipologia di riabilitazione protesica su barra (comprensiva di barra e protesizzazione - escluso impianti osteointegrati)	Protesi	Rimborso non ripetibile prima di 5 anni	Pre trattamento: OPT o Foto intraorali pre protesizzazione	Post trattamento: OPT o Foto Intraorali post protesizzazione in cui sia ben visibile sia la barra che la protesi su barra; comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico
2673	Terapia ortodontica di mantenimento (contenzione fissa o mobile) per arcata - comprese visite di controllo periodico	Ortodonzia	Massimo per 3 anni anche non consecutivi fino al concorrimento dei limite di età (26 anni)	Pre Trattamento: OPT o Telecranio o Foto dei Modelli in occlusione o Foto intraorali che mostrino l'apparecchiatura (fissa o mobile) all'interno del cavo orale, utilizzata ai fini della precedente terapia ortodontica eseguita, prima dell'applicazione della contenzione ortodontica	Post Trattamento: OPT o Foto intraorali che mostrano la presenza all'interno del cavo orale della contenzione ortodontica (fissa o mobile).
2674	Terapia ortodontica fissa - per arcata - comprese visite di controllo periodico	Ortodonzia	Massimo per 3 anni anche non consecutivi fino al concorrimento dei limite di età (26 anni)	Pre Trattamento: OPT o Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" o foto dei modelli di studio in occlusione	Post Trattamento: OPT o Telecranio o Foto dei modelli in occlusione (della situazione dopo o durante il trattamento ortodontico) o foto con l'apparecchio inserito nel cavo orale (solo in caso di terapia ancora in corso)
2675	Terapia ortodontica funzionale mobile - per arcata - comprese visite di controllo periodico	Ortodonzia	Massimo per 3 anni anche non consecutivi fino al concorrimento dei limite di età (26 anni)	Pre Trattamento: OPT o Telecranio o Foto del "morso/morso inverso" o foto dei modelli di studio in occlusione	Post Trattamento: OPT o Telecranio o Foto dei modelli in occlusione (della situazione dopo o durante il trattamento ortodontico)o foto con l'apparecchio inserito nel cavo orale (solo in caso di terapia ancora in corso)
2676	Struttura DEFINITIVA di Maryland Bridge o qualsiasi tipo di ponte adesivo per elemento dentario (comprensivo di elemento intermedio e struttura di ancoraggio)	Protesi	Rimborsabile una volta ogni 5 anni		Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico

ELENCO PRESTAZIONI ELIMINATE		
Codice	**Descrizione**	**Sezione**
2623	Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	Protesi