

FONDO DI SOLIDARIETA' UNICO - TARIFFARIO GENERALE

TARIFFARIO A

TARIFFARIO B

A e B

Art.	Prestazioni	% di rimborso	Massimale per prestaz.	Massimale annuo (solare)	% di rimborso	Massimale per prestaz.	Massimale annuo (solare)	Periodicità /Durata massima
11	Visite specialistiche e assimilate	68	75	500	68	75	300	
	Psicoterapia	50			NON PREVISTO			
12	Diagnostica strumentale privata	50		500	50 (ove applicabile)		300	
13	Trasporto infermi	85		200	85		200	
14	Medicinali	50		200	NON PREVISTO			
15	Terapie fisiche, riabilitative e desensibilizzanti	50		500	50		300	
16	Odontostomatologia	68	Tariffario odontoiatrico	Nucleo familiare 3000	68 (ove applicabile)	Tariffario odontoiatrico	Nucleo familiare 2500	Come da Tariffario Odontoiatrico
	Ortodonzia	68			68			max. 3 anni
17	Presidi e tutori ortopedici, strumenti ortopedici e di contenimento	68		150	68		100	
18	Apparecchi acustici monolaterali	68	550		68	500		ogni 3 anni
	Apparecchi acustici bilaterali	68	1100		68	1.000		
	Riparazione	68	250		68	150		
19	Occhiali (Lenti toriche, sferiche) < 5 diottrie	68	40 (a lente)		68	35 (a lente)		Ogni due anni salvo variazioni Visus
	Occhiali (Lenti toriche, sferiche) > 5 diottrie	68	70 (a lente)		68	55 (a lente)		
	Occhiali (Lenti bifocali)	68	100 (a lente)		68	80 (a lente)		
	Occhiali (Lenti progressive)	68	120 (a lente)		68	100 (a lente)		
	Montatura	85	67		NON PREVISTO			
	LAC	68		250	68		150	
20	Latte artificiale	50		Fino al 6° mese	NON PREVISTO			