

## PIANO SANITARIO INTEGRATIVO AL FISDAF

PER I DIRIGENTI IN SERVIZIO DELLE AZIENDE  
DEI GRUPPI FCA E CNH INDUSTRIAL

Validità 2015-2018

### FORMA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le garanzie indicate nel presente Documento si intendono prestate in forma integrativa delle prestazioni fornite dal FISDAF, prevedendo il rimborso integrale delle spese sostenute dagli Assistiti, al netto delle quote di competenza del FISDAF, fino al raggiungimento di un ulteriore massimale di spesa identico a quello garantito dal FISDAF; pertanto il rimborso erogato ad integrazione del FISDAF non potrà mai eccedere gli importi massimi previsti per ciascuna prestazione, così come indicati nel Tariffario FISDAF.

La copertura integrativa si attiverà solo ed esclusivamente in regime di assistenza diretta presso le strutture del Network Previmedical, salvo i casi di prestazioni ospedaliere per i quali è riconosciuto anche il regime misto (ossia struttura convenzionata ed equipe medica non convenzionata). In quest'ultimo caso la copertura integrativa indennizzerà gli onorari dei medici non convenzionati per un ammontare massimo pari a quanto indicato nel "TARIFFARIO PREVIMEDICAL - ED.2010 - APPLICATO ALLE EQUIPE NON CONVENZIONATE".

Ai fini del rimborso/liquidazione, verrà considerato il Tariffario FISDAF relativo all'annualità precedente la decorrenza della presente copertura integrativa (ossia in vigore al 01/12/2014).

Qualora il FISDAF non eroghi le prestazioni richieste, malgrado queste rientrino fra quelle previste dal Regolamento del Fondo, in quanto eccedenti i massimali previsti dal Tariffario, saranno riconosciute le sole spese eccedenti le singole tariffe previste dal Tariffario FISDAF fino ad un importo complessivo pari al massimale previsto dal Tariffario del Fondo.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto D) *Prestazioni odontoiatriche*, in caso di esaurimento in corso d'anno del massimale annuo previsto dal Tariffario FISDAF, saranno riconosciute le ulteriori prestazioni effettuate dall'Assistito e dal suo nucleo familiare nell'anno, fino ad un massimale pari a quello previsto dal Tariffario FISDAF.

### PRESTAZIONI OSPEDALIERE

#### **A1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, Day Hospital effettuato in Istituto di Cura, Intervento chirurgico ambulatoriale**

*Durante il ricovero*

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;

- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- le visite specialistiche di medici consulenti, nel limite di € 55,00 per visita (€ 50 per le visite pediatriche); i consulti specialistici (eseguiti collegialmente) nel limite di € 180,00 per consulto;
- l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 40,00 al giorno per un massimo di 30 giorni all'anno;
- la chemioterapia per singolo ciclo in ricovero, in Day Hospital e in ambulatorio (con massimale di € 3.000,00 per anno inclusi i medicinali);
- la radioterapia in ricovero, in Day Hospital e in ambulatorio (con massimale di € 2.100,00 per ciclo comprendente 10 sedute).

Si precisa che per i ricoveri (uno o più) avvenuti nel corso dell'annualità è previsto un riconoscimento fino ad un massimo di 180 gg anche non consecutivi.

Per ricoveri per riabilitazione neuro-motoria e cardio-respiratoria è previsto un riconoscimento fino a un massimo di 60 gg annui. Il massimale di 60 gg concorre in ogni caso nel conteggio del massimale complessivo di 180 gg annui.

Il massimale per i medicinali in ricovero è pari ad € 1.550,00 per ogni evento.

#### **A2) Trasporto infermi**

Il trasporto dell'Assistito con ambulanza nell'impossibilità di utilizzo del servizio gratuito fornito dal Servizio Sanitario Nazionale e limitatamente, comunque, a riconosciute necessità di trasferimento da/a domicilio per ammissione a ricovero ospedaliero o per dimissione da ricovero ospedaliero; il trasferimento tra diverse strutture ospedaliere; il trasporto per ricovero urgente in pronto soccorso (anche se non seguito da ricovero ospedaliero). La presente garanzia è prestata nel limite di € 105,00 per trasporto. Si precisa che sono esclusi i trasferimenti in ambulanza in caso di visite mediche, controlli diagnostici e ricoveri in case di riposo.

#### **A3) Retta accompagnatore (in alternativa all'Assistenza infermieristica privata individuale in ricovero)**

Retta di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura, nel limite di € 24,00 al giorno per un massimo di 30 giorni all'anno.

#### **A4) Assistenza infermieristica domiciliare**

Assistenza infermieristica domiciliare, nel limite di € 40,00 al giorno per un massimo di 60 giorni all'anno, compresi i giorni di assistenza infermieristica privata individuale in ricovero.

#### **A5) Estero**

È previsto un rimborso ad integrazione delle fatture già pagate dal Fondo anche in caso di ricoveri avvenuti all'estero.

**A) Esami diagnostici e strumentali – Esami di laboratorio**

Verranno rimborsate tutte le spese sostenute ad integrazione di quanto riconosciuto dal Tariffario del Fondo. Eventuali esami, effettuati a domicilio di assistito infermo, sono ammessi a rimborso sempre che siano specificatamente prescritti in tal senso dal medico curante.

Sono esclusi dalla presente garanzia gli esami che risultino di controllo preventivo o periodico (check-up).

Il massimale annuo per la presente garanzia è pari a € 5.200,00 anno/nucleo.

**B) Presidi ortopedici e sanitari**

La garanzia si applica ogni due anni sulle spese sostenute per l'acquisto di apparecchi acustici entro il massimale di € 1.000,00 per orecchio.

Sono altresì comprese nella garanzia le spese sostenute per l'acquisto di busti ortopedici, cinti erniari, collari ortopedici, corsetti e tutori ortopedici entro il limite di € 180,00 per presidio.

**C) Visite specialistiche – Visite pediatriche e Consulti specialistici**

Sono riconosciute le spese di seguito elencate ad integrazione di quanto riconosciuto dal Tariffario del Fondo:

- Visite specialistiche (fino a € 62 per prestazione);
- Visite dietologiche (max 2 visite/anno, fino a € 62 per prestazione);
- Visite nutrizionistiche di: biologo nutrizionista, specialista in scienze dell'alimentazione (max 2 visite/anno fino a € 45,00 per prestazione). Tale prestazione è alternativa alla visita dietologica;
- Visite pediatriche (per minore fino a 14 anni; fino a € 62 per prestazione);
- Consulto specialistico (eseguito collegialmente; fino a € 180 per prestazione);
- Altre prestazioni rese da medico specialista: terapia sclerosante (massimale € 300,00 annuo pro-capite);

**D) Prestazioni odontoiatriche**

Sono riconosciute le spese di seguito elencate, ad integrazione di quanto previsto dal Tariffario del Fondo:

- cure odontoiatriche e protesiche;
- cure ortodontiche.

Il massimale annuo per la presente garanzia è pari a € 5.200,00 anno/nucleo.

**E) Occhiali o lenti a contatto**

Sono riconosciute ogni triennio, ad integrazione di quanto previsto dal Tariffario del Fondo, le spese sostenute per l'acquisto di occhiali, lenti a contatto (comprese le monouso) accompagnate da certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

In caso di intervento chirurgico per difetti di rifrazione vengono riconosciuti due ulteriori paia di occhiali entro i 12 mesi successivi alla data dell'intervento.

In caso di utilizzo di lenti a contatto potrà essere presentata una sola richiesta di rimborso nell'arco dell'intero anno solare.

Sono esclusi dalla garanzia gli occhiali da sole, subacquei, da sci ovvero le spese relative al solo cambio di montatura.

Il rimborso spese per occhiali è riconosciuto esclusivamente in alternativa al rimborso per lenti a contatto.

Il massimale per la presente garanzia è pari a € 180,00 per triennio pro-capite.

## **F) Terapia Fisica**

Sono riconosciute tutte le spese per terapie fisiche ad integrazione di quanto previsto dal Tariffario del Fondo.

Le spese vengono riconosciute esclusivamente se eseguite presso centri medici specializzati e autorizzati dagli Enti competenti all'esercizio di attività sanitarie fisioterapiche, da terapisti della riabilitazione regolarmente abilitati ovvero da osteopati e chiropratici. Sono considerati centri autorizzati anche quelli aventi sede presso stabilimenti termali, purché in possesso di regolare autorizzazione alla terapia riabilitativa.

Non viene riconosciuto il concorso spese per le terapie effettuate presso palestre, studi estetici, club ginnico-sportivi e assimilati.

Il massimale annuo per la presente garanzia è pari a € 800,00 anno pro-capite.

## **INOPERATIVITÀ DELLE GARANZIE**

### **A. ESCLUSIONI**

Sono escluse dalla copertura le spese per:

- 1) visite mediche generiche nonché quelle assimilabili a visite generiche, anche se effettuate da medico specialista, in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili;
- 2) visite specialistiche non inerenti alla specialità medica attestata dai titoli accademici acquisiti dal professionista;
- 3) ogni tipo di spesa per acquisto di medicinali (compresi vaccini);
- 4) iniezioni endovenose, sottocutanee o intramuscolari, nonché vaccinazioni (ad esclusione delle terapie desensibilizzanti);
- 5) trattamenti psicoanalitici;
- 6) visite, cure ed interventi chirurgici di tipo estetico, ad eccezione dei casi in cui siano necessari per gravi motivazioni di carattere medico e/o funzionale;
- 7) ricoveri e/o soggiorni per cura non aventi specifiche caratteristiche diagnostiche e terapeutiche;
- 8) controlli medici preventivi e/o periodici a carattere generale o mirato (check-up), anche se fruiti in ricovero e day hospital;
- 9) visite mediche di idoneità alla pratica di attività sportive, visite medico legali e/o assicurative, visite per il rilascio di certificazioni mediche anche se redatte da medico specialista, visite di medicina del lavoro;
- 10) prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es, cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, ecc.);
- 11) spese funerarie;
- 12) spese relative al costo di copie di cartelle cliniche, copie di referti radiologici, copie film di coronarografie ecc.;
- 13) elaborazione dieta;
- 14) prodotti dietetici;
- 15) presidi quali: ventriera, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, stampelle, bastoni ortopedici;
- 16) spese per acquisto/noleggio di attrezzi per terapia fisica, ad eccezione di quelli relativi alla magnetoterapia;
- 17) spese per acquisto/noleggio di: carrozzelle, letti ortopedici, girelli, tripodi;
- 18) materiale di medicazione (ad esclusione di quello utilizzato in sede di intervento chirurgico);
- 19) pannoloni per incontinenti;
- 20) spese per acquisto di detergenti per lenti a contatto;

- 21) acquisto di bombole di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare;
- 22) spese viaggio e soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate fuori dal luogo di residenza dell'Assistito;
- 23) spese per prestazioni non previste dal Tariffario del FISDAF in vigore al 01/12/2014.

## **B. LIMITI DI ETÀ**

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del codice civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

## **TERMINI E CONDIZIONI PER L'ESERCIZIO DEL RIMBORSO**

### **Modalità di pagamento**

La garanzia prevede il pagamento diretto alla struttura/professionista, sia in caso di prestazioni ospedaliere sia in caso di prestazioni extra-ospedaliere, a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network Previmedical e abbia richiesto l'autorizzazione con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura integrativa avverrà secondo le condizioni della convenzione stipulata da Previmedical con le case di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati. In ogni caso, la copertura integrativa non potrà mai rimborsare somme eccedenti l'importo dei massimali previsti per ciascuna garanzia rientrante nel Tariffario FISDAF, secondo le specifiche già indicate al capitolo "Forma di erogazione delle prestazioni": resteranno pertanto a carico dell'Assistito le spese non previste dal Tariffario FISDAF nonché le spese non garantite dalla copertura integrativa.

Di seguito proponiamo un esempio di indennizzo:

poiché il Tariffario FISDAF prevede per le visite specialistiche un rimborso pari all'80% della spesa fino a un massimo di € 62, a fronte di una spesa di € 60 presso una struttura convenzionata in forma diretta la copertura integrativa darà diritto ad un rimborso di € 12, aggiuntivo a quello del FISDAF, che sarà pari all'80% della spesa ossia a € 48. In questo caso quindi, grazie alla copertura integrativa, l'Assistito si vedrà rimborsare il 100% della prestazione.

Qualora invece la spesa totale fosse di € 160, sempre presso una struttura convenzionata in forma diretta, la copertura integrativa darà diritto ad un rimborso di € 62, oltre all'importo riconosciuto dal FISDAF come da Tariffario, pari a € 62 (massimo previsto per le visite specialistiche). In questo caso quindi l'Assistito si vedrà rimborsare (in forma diretta, quindi senza dover anticipare la somma) un totale di € 124 a fronte di una spesa per la prestazione di € 160: rimarranno pertanto a suo carico € 36, che l'Assistito salderà direttamente alla struttura.

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata ed equipe medica non convenzionata, saranno liquidati gli onorari dei medici non convenzionati per un ammontare massimo pari a quanto indicato nel Tariffario Previmedical applicato alle equipe chirurgiche convenzionate ("TARIFFARIO PREVIMEDICAL - ED.2010 - APPLICATO ALLE EQUIPE NON CONVENZIONATE").

In caso di prestazioni ricevute in Regime Misto, l'Assistito dovrà produrre al FISDAF un modulo sottoscritto dalla struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'equipe non convenzionata rimaste a carico dell'Assistito.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da istituto di cura e/o da centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista, che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

## GLOSSARIO

**Assistenza diretta:** modalità di fruizione delle prestazioni effettuata presso le strutture mediche/sanitarie convenzionate con Previmedical, che prevede il pagamento diretto alle strutture sanitarie convenzionate, subordinata al rispetto della procedura prevista, lasciando a carico dell'Assistito le sole quote previste come franchigia, scoperto, minimo non indennizzabile o eventuale quota eccedente il massimale.

**Assistenza infermieristica:** l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

**Assistito:** il soggetto iscritto al Fondo e destinatario delle prestazioni.

**Cartella Clinica:** documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

**Centro Medico:** struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

**Consulto specialistico:** visita richiesta con idonea relazione dal medico curante ed effettuata collegialmente dal medico proponente e dallo specialista consultato.

**Convalescenza:** periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

**Day Hospital:** degenza diurna senza pernottamento in istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerata Day Hospital la permanenza in istituto di cura presso il Pronto Soccorso.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

**Intervento ambulatoriale:** Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

**Intervento Chirurgico:** atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

**Intramoenia:** prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

**Istituto di Cura:** ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

**Lungodegenza:** ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

**Massimale:** la spesa massima rimborsabile per ciascun anno della copertura integrativa. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare.

**Network:** rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it).

**Nucleo familiare:** il Titolare dell'assistenza (Dirigente) e i familiari come previsti dallo Statuto FISDAF:  
a) il coniuge (anche legalmente separato purché con diritto di assegni alimentare);  
b) i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affidamento, qualora risultino a carico del Dirigente in quanto appartenenti al suo nucleo familiare, appartenenza di norma dimostrabile con la produzione del

certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento. E' fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento;

b1) in caso di separazione o divorzio del Dirigente, i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affido, qualora risultino a carico in quanto appartenenti al nucleo familiare di uno dei due genitori, appartenenza di norma dimostrabile con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento. E' fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento;

c) i figli già beneficiari, al compimento del 26° anno di età, secondo le modalità di assistibilità e per la durata, comunque a termine, previste dal Regolamento;

d) i figli del coniuge beneficiario, purché di età inferiore a 26 anni, conviventi e a carico del Dirigente, secondo i criteri definiti dal Regolamento;

e) i genitori del Dirigente, che risultino a suo carico al momento dell'iscrizione del Dirigente al FISDAF e per i quali sia fatta specifica richiesta in detto momento, secondo quanto previsto dal Regolamento;

f) il convivente more uxorio del Dirigente non coniugato, vedovo o divorziato oppure separato (in quest'ultima ipotesi limitatamente ai casi in cui il coniuge separato non sia beneficiario delle prestazioni riconosciute dal FISDAF), che sia ammesso con le modalità previste dal Regolamento. La convivenza more uxorio dovrà essere documentata mediante certificato di stato di famiglia rilasciato ai sensi del D.P.R. 223/1989 o mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000.

**Prestazioni Ospedaliere:** il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

**Prestazioni miste:** prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

**Protesi acustica** (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

**Protesi ortopediche:** sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Rimborso/Indennizzo:** la somma dovuta all'Assistito per le prestazioni effettuate.

**Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.):** vedi Cartella clinica.

**Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi (Terapia Fisica):** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici (no palestre, studi estetici, club ginnico-sportivi e assimilati), tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di



problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

**Visita Specialistica:** la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.