

TARIFFARIO

(in vigore dal 01/08/2020)

A- SEZIONE SPESE OSPEDALIERE (Articoli dal 16 al 18 del Regolamento)

Art.	Prestazione e Dettaglio	Tariffa
16	RICOVERI E DAY HOSPITAL	
Vengono rimborsate le spese sanitarie e socio assistenziali specificate di seguito per un massimo di 180 giorni all'anno per persona, fermo restando quanto stabilito dall'art. 16.4 del Regolamento e dei punti di seguito specificati, fino alla concorrenza delle tariffe sotto indicate.		
16.1	RICOVERI IN ITALIA A TOTALE CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE	
	INDENNITA' SOSTITUTIVA GIORNALIERA: per ogni giorno di ricovero il FISDAF riconosce un'indennità giornaliera di	€ 20,00
16.2 e 16.3	RICOVERI A PAGAMENTO IN ITALIA E ALL'ESTERO	
1)	DIARIA GIORNALIERA DA DAY HOSPITAL	€ 130,00
2)	DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO dal 1° al 15° giorno	€ 230,00
3)	DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO dal 1° al 15° giorno	€ 300,00
4)	DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO di cui ai precedenti punti 2) e 3):	
	- dal 16° al 30° giorno	€ 100,00
	- dal 31° al 60° giorno	€ 50,00
	- dal 61° al 180° giorno	€ 20,00
5)	DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO PER TERAPIE RIABILITATIVE:	
	- dal 1° al 60° giorno	€ 100,00
	- dal 61° giorno (articoli 16.4 e 16.5)	€ 13,00
6)	TERAPIA INTENSIVA E/O RIANIMAZIONE (€ al giorno)	€ 500,00
7)	INTERVENTI CHIRURGICI Le tariffe di concorso spese dell'equipe medica sono relative agli onorari dell'operatore, dell'aiuto, degli assistenti e dell'anestesista. Per eventuali interventi multipli eseguiti nella stessa seduta operatoria, si applica la tariffa intera per l'intervento più importante, mentre si applica la tariffa ridotta al 50% per gli altri interventi.	Da Tariffario Analitico del FISDAF (*)
8)	DIRITTI SALA OPERATORIA E MATERIALE SANITARIO Rimborso del 33% dell'importo liquidato sulla base del TARIFFARIO ANALITICO per l'intervento di cui al punto 7	33% Tariffario (*)
9)	MEDICINALI IN RICOVERO (richiesto dettaglio dei medicinali) Rimborso dell' 80% della spesa fino a un massimo di	€ 1.550,00
10)	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E RADIOLOGICI IN RICOVERO (richiesto dettaglio degli esami) - Rimborso del	80% della spesa
11)	VISITE SPECIALISTICHE IN RICOVERO	
	- Visite di medici consulenti (esclusi consulti)	€ 55,00
	- Visite pediatriche	€ 50,00
	- Consulto specialistico (eseguito collegialmente)	€ 180,00
12)	CHEMIOTERAPIA (per singolo ciclo di cure, compresi medicinali, anche in forma ambulatoriale o day hospital) Rimborso dell' 80% della spesa, fino a un massimo di	€ 3.000,00
13)	RADIOTERAPIA (massimo 10 sedute per ciclo di cure, anche in forma ambulatoriale o day hospital) Rimborso dell' 80% della spesa fino a un massimo per ciclo di cure di	€ 2.100,00
16.5	RICOVERI CON LUNGODEGENZA	
	Ricovero o periodo di Ricovero presso qualsiasi struttura ospedaliera su presentazione di fatture e cartella clinica	€ 13,00/giorno
17	SOGGIORNO PRESSO STRUTTURE ADIBITE ALL'ASSISTENZA DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI	
	Su presentazione di fatture mensili, indennizzo mensile massimo di € 390,00 ragguagliati a	€ 13,00/giorno Max 30gg/mese
18	ASSISTENZA INFERMIERISTICA - Su presentazione di fattura o ricevuta fiscale, sempre previa relativa prescrizione medica	
Viene rimborsato il 90% della spesa sostenuta fino a un massimo di:		
a)	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN RICOVERO - max 30 giorni /anno	€ 40,00/giorno
b)	ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO - max 60 giorni/anno (compresi giorni di ricovero)	€ 40,00/giorno
c)	ASSISTENZA DI FAMILIARE o FAMILIARE PER MINORE DI ANNI 14 In ricovero con onere di spesa per uso del secondo letto - max 30 giorni/anno	€ 24,00/giorno
d)	ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE Necessario il riconoscimento di invalidità civile e indennità di accompagnamento e che non si fruisca di analoghi trattamenti (a esempio copertura LTC) - max 30 giorni/mese	€ 13,00/giorno

NOTE IMPORTANTI:

- (*) Su richiesta, l'Ufficio Relazioni con gli Assistenti può fornire le indicazioni occorrenti in ordine al concorso spese per le voci di prestazioni relative agli interventi chirurgici in regime di ricovero, Day-Hospital, Day-Surgery e ambulatoriali contenute nel **TARIFFARIO ANALITICO**.

B- SEZIONE SPESE EXTRA-OSPEDALIERE (Articoli dal 20 al 27 del Regolamento)

Art.	Prestazione e Dettaglio	Tariffa
20	ESAMI DIAGNOSTICI, ESAMI STRUMENTALI ED ESAMI DI LABORATORIO	
	Viene rimborsato l' 80% della spesa sostenuta fino al raggiungimento del massimale annuo per nucleo di	€ 5.200,00
	Prestazioni Diagnostiche da Covid-19: viene rimborsato l' 80% della spesa sostenuta , fino a un massimo di.....	€ 80,00 per evento
	TERAPIA FISICA	
	Vengono rimborsati i trattamenti di terapia fisica, quali a esempio: agopuntura, chinesiterapia, chiroterapia, logopedia, rieducazione cardio-respiratoria, rieducazione neuro-motoria, terapia a onde d'urto, ultrasuonoterapia, etc. Viene rimborsato il 60% della spesa sostenuta e solo su presentazione di fatture rilasciate da personale sanitario e/o istituti a carattere sanitario, fino al raggiungimento del massimale annuo per persona di	€ 800,00
22	VISITE SPECIALISTICHE E CONSULTI SPECIALISTICI	
	Viene rimborsato l' 80% della spesa per le visite elencate, fino al raggiungimento del massimale per visita da Tariffario:	
	1) VISITA DI MEDICO SPECIALISTA	€ 75,00
	2) VISITA DI MEDICO DIETOLOGO per un massimo di 2 visite per persona all'anno	€ 75,00
	3) VISITA DI MEDICO PEDIATRA per minori fino a 14 anni	€ 75,00
	4) CONSULTO MEDICO SPECIALISTICO ESEGUITO COLLEGIALMENTE	€ 180,00
	5) VISITA NUTRIZIONISTA SOLO SE ESEGUITA DA: biologo nutrizionista, dietista, nutrizionista, specialista in scienze dell'alimentazione. Viene rimborsato l' 80% della spesa sostenuta per un massimo di 2 visite in alternativa al punto 2), fino al raggiungimento del massimale annuo per persona di	€ 45,00
	Viene rimborsato il 60% della spesa sostenuta per:	
	6) ALTRE PRESTAZIONI RESE DA MEDICI SPECIALISTI (TERAPIA SCLEROSANTE) , con un massimale annuo per persona...	€ 300,00
	7) VISITA PODOLOGICA per un massimo di 2 visite per persona all'anno	€ 62,00
23	INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI	
	Vengono rimborsati i piccoli interventi di chirurgia effettuati presso studi ambulatoriali autorizzati, secondo le Tariffe del Tariffario Analitico del FISDAF (*) per:	
	1) PRIMO INTERVENTO: fino alla percentuale sulla Tariffa indicata nel Tariffario Analitico, del	100%
	2) INTERVENTI SUCCESSIVI (medesima seduta): fino alla percentuale sulla Tariffa indicata nel Tariffario Analitico, del ...	50%
	3) DIRITTI DI SALA OPERATORIA E/O RELATIVO MATERIALE SANITARIO: Rimborso del 33% dell'importo liquidato sulla base del TARIFFARIO ANALITICO per l'intervento di cui ai punti 1 e 2	33% Tariffario (*)
24	TRASPORTO DEGLI INFERMI	
	Per ogni trasporto necessario nei casi di ammissione e/o dimissione per ricovero, trasferimento da/per la struttura sanitaria e/o pronto soccorso, fino a un massimo, per trasporto, di	€ 105,00
25	OCCHIALI DA VISTA E LENTI A CONTATTO	
	Viene rimborsato il 70% della spesa sostenuta fino al massimale indicato in tariffa, per l'acquisto di:	€ 180,00
	1) OCCHIALE DA VISTA COMPLETO O SOLO LENTI DA VISTA: un paio di occhiali per triennio fino a un massimo di .	Il massimale è unico per le 2 voci
	2) LENTI A CONTATTO: una fornitura per triennio fino a un massimo di	
26	PROTESI E PRESIDII SANITARI	
	1) APPARECCHI ACUSTICI:	
	- Viene rimborsato l' <u>acquisto</u> con periodicità biennale fino a un massimo per anno per orecchio di	€ 1.000,00
	- Viene rimborsato il 50% della spesa sostenuta per la <u>riparazione</u> , fino a un massimo per riparazione di	€ 65,00
	2) BUSTI ORTOPEDICI, CINTI ERNIARI, COLLARI ORTOPEDICI, CORSETTI ORTOPEDICI, TUTORI ORTOPEDICI Viene rimborsato il 70% della spesa sostenuta fino a un massimo per anno per persona di	€ 180,00
	3) PROTESI ORTOPEDICHE DI ORGANI FUNZIONALI:	
	- Viene rimborsato l' <u>acquisto</u> , in percentuale del	100%
	- Viene rimborsata la <u>riparazione</u> , in percentuale del	50%
27	TICKET SANITARI (QUOTA A CARICO DELL'ASSISTITO)	
	Viene rimborsata la spesa sostenuta per Ticket sanitari, per la quota a carico dell'assistito, per prestazioni medico-diagnostiche rese in regime di Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e/o Regionale (S.S.R.) in percentuale del	100%

NOTE IMPORTANTI:

- (*) Su richiesta, l'Ufficio Relazioni con gli Assistiti può fornire le indicazioni occorrenti in ordine al concorso spese per le voci di prestazioni relative agli interventi chirurgici in regime di ricovero, Day-Hospital, Day-Surgery e ambulatoriali.
- Il riconoscimento delle tariffe è subordinato all'osservanza dei criteri e dei vincoli descritti nella parte normativa del vigente Regolamento.
- Si ricorda che il costo della marca da bollo non è mai rimborsato dal FISDAF.

C- SEZIONE SPESE ODONTOIATRICHE (Articolo 19 del Regolamento)

Premesse

- 1) "RIMBORSO MAX" è l'importo massimo rimborsabile dal FISDAF per la relativa prestazione;
- 2) La prestazione deve essere di buon livello qualitativo sia nella perizia dell'esecuzione sia nei materiali utilizzati.
- 3) Non sono soggette a rimborso le prestazioni che non sono necessarie al fine di cura e/o che vengano erogate per motivi estetici.
- 4) "TARIFFA MAX" è il costo massimo che può essere fatturato per la relativa prestazione **eseguita dai soli Studi Odontoiatrici convenzionati con il FISDAF** (elenco visibile sul sito www.fisdaf.it o richiedibile al Fondo); per gli studi **non convenzionati in modo diretto con FISDAF** valgono le Tariffe normalmente applicate o quelle concordate in specifiche convenzioni sottoscritte.
- 5) Le voci di spesa definiscono una prestazione odontoiatrica a sé stante, eventualmente comprensiva di interventi che, seppur non specificatamente evidenziati, devono essere svolti dal professionista per garantirne il risultato sanitario ottimale (es.: radiografie).
- 6) Alcune prestazioni, se eseguite, escludono automaticamente l'ammissione a rimborso di altre; ciò in quanto tali prestazioni sono ritenute analoghe alle altre o necessariamente comprese nelle stesse già rimborsate.
- 7) Per alcune prestazioni è stato indicato un limite massimo di frequenza per un determinato periodo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO (in vigore dal 01/01/2019)



Vengono rimborsate le spese odontoiatriche, secondo il nomenclatore tariffario di seguito indicato,
fino al raggiungimento del massimale annuo per nucleo di € 5.200,00.

COD.	PRESTAZIONE (nomenclatura della Prestazione e descrizione)	DETTAGLIO (specifiche di erogazione della Prestazione)	LIMITE (temporale o tecnico)	RIMBORSO MAX	TARIFFA MAX (*)
VISITE					
010	Visita odontoiatrica <u>Prima visita o visita periodica</u> (non erogata durante trattamenti)	Compreso di stesura di piano di cure e/o preventivo di spesa	-	€ 30,00	€ 38,00
011	Visita odontoiatrica di controllo	Sempre compresa nei trattamenti	-	-	-
IGIENE ORALE					
020	Ablazione del Tartaro (compresa air flow)	Per evento	2 volte l'anno a persona	€ 50,00	€ 62,00
021	Applicazione topica di desensibilizzante	Per arcata	2 volte l'anno a persona	€ 50,00	€ 62,00
PARODONTOLOGIA					
030	Chirurgia mucogengivale (o abbassamento di fornice)	Per emiarcata	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 240,00	€ 300,00
031	Chirurgia gengivale (curettage a cielo aperto)	Per emiarcata	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 200,00	€ 250,00
032	Allungamento di corona clinica	Per quadrante	-	€ 120,00	€ 150,00
033	Chirurgia ossea (resettiva o rigenerativa)	Per quadrante	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 320,00	€ 400,00
034	Gengivectomia per dente	Per elemento Oltre i 5 elementi obbligatorio fornire documentazione(foto PRE, INTRA, POST)	Max 5 denti	€ 45,00	€ 56,00
035	Innesto materiale biocompatibile	Erogabile solo in presenza di intervento di chirurgia ossea rigenerativa cod. 033	-	€ 160,00	€ 200,00
036	Levigatura radicolare e curettage gengivale	Per emiarcata Ripetibile solo per comprovate esigenze, dichiarazione dell'odontoiatra, foto PRE, INTRA e POST trattamento, RX	2 volte l'anno a persona	€ 80,00	€ 100,00
037	Applicazione topica farmaci (per parodontite)	-	2 volte l'anno a persona	€ 70,00	€ 87,00
038	Splintaggio interdentale/barra di contenzione	-	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 160,00	€ 200,00

COD.	PRESTAZIONE (nomenclatura della Prestazione e descrizione)	DETTAGLIO (specifiche di erogazione della Prestazione)	LIMITE (temporale o tecnico)	RIMBORSO MAX	TARIFFA MAX (*)
CHIRURGIA					
050	Rizectomia o Rizotomia	Per elemento	Non ripetibile	€ 136,00	€ 170,00
051	Apicectomia	Per elemento	Non ripetibile	€ 136,00	€ 170,00
052	Disinclusione denti ritenuti	Per elemento Solo se in terapia ortodontica	Non ripetibile	€ 160,00	€ 200,00
053	Estrazione semplice dente o radice	Per elemento	Non ripetibile	€ 60,00	€ 75,00
054	Estrazione complessa dente o radice	Per elemento	Non ripetibile	€ 80,00	€ 100,00
055	Estrazione di terzo molare (inclusione totale)	Per elemento	Non ripetibile	€ 200,00	€ 250,00
056	Estrazione di terzo molare (inclusione parziale)	Per elemento	Non ripetibile	€ 190,00	€ 237,00
057	Germectomia	Per elemento	Non ripetibile	€ 300,00	€ 375,00
058	Interventi chirurgia pre-protetica	Per elemento	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 65,00	€ 81,00
059	Piccola chirurgia	Frenulectomia, Frenulotomia, Incisione accessi, asportazione cisti mucose	Non ripetibile nel piano di cure	€ 160,00	€ 200,00
060	Innesto materiale in sito post-estrattivo	Per elemento Abbinato a cod. 053, 054, 055, 056, 057	Non ripetibile	€ 40,00	€ 50,00
CONSERVATIVA					
070	Otturazione semplice	Per elemento Otturazione I, III e V classe	-	€ 80,00	€ 100,00
071	Otturazione complessa	Per elemento Otturazione II, IV classe e MOD	-	€ 96,00	€ 120,00
072	Sigillatura dei solchi	Per elemento	-	€ 25,00	€ 31,00
INTARSI					
080	Intarsi inlay in composito	Per elemento - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 190,00	€ 237,50
081	Intarsi inlay e overlay in composito	Per elemento - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 190,00	€ 237,50
082	Intarsi inlay in ceramica	Per elemento - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 210,00	€ 262,50
083	Intarsi onlay e overlay in ceramica	Per elemento - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 210,00	€ 262,50
084	Intarsi in LP	Per elemento - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 200,00	€ 250,00
ENDODONZIA					
090	Trattamento endodontico (1 solo canale)	Per canale	-	€ 96,00	€ 120,00
091	Trattamento endodontico (per ogni canale aggiuntivo)	Per canale	-	€ 32,00	€ 40,00
092	Ritrattamento endodontico (1 solo canale)	Per canale	-	€ 112,00	€ 140,00
093	Ritrattamento endodontico (per ogni canale aggiuntivo)	Per canale	-	€ 16,00	€ 20,00
094	Pulpotomia (rimozione coronale della polpa)	Per elemento	Non ripetibile	€ 70,00	€ 87,00
095	Sbiancamento dente devitalizzato	Per elemento	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 96,00	€ 120,00

COD.	PRESTAZIONE (nomenclatura della Prestazione e descrizione)	DETTAGLIO (specifiche di erogazione della Prestazione)	LIMITE (temporale o tecnico)	RIMBORSO MAX	TARIFFA MAX (*)
IMPLANTOLOGIA					
100	Impianto osteointegrato (incluso abutment-moncone-pilastro-perno)	Per elemento Necessario passaporto implantare	-	€ 880,00	€ 1.100,00
101	Mini impianto	Per elemento Necessario passaporto implantare	-	€ 400,00	€ 500,00
102	Intervento di grande rialzo seno mascellare	Per emiarcata superiore	Non ripetibile	€ 800,00	€ 1.000,00
103	Intervento di mini rialzo seno mascellare	Per emiarcata superiore	Non ripetibile	€ 240,00	€ 300,00
104	Rimozione impianto	Per impianto	-	€ 150,00	€ 187,00
105	Trattamento completo per perimplantite	Per impianto	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 120,00	€ 150,00
PROTESI FISSA					
110	Corona fusa in LNP o LP	Per elemento Necessario certificato	-	€ 320,00	€ 400,00
111	Corona in LNP e ceramica o LP e resina	Per elemento Necessario certificato	-	€ 480,00	€ 600,00
112	Corona in LP e ceramica, corona metal free (gruppo posteriore)	Per elemento Necessario certificato	-	€ 480,00	€ 600,00
113	Corona metal free (gruppo frontale)	Per elemento Necessario certificato	-	€ 600,00	€ 750,00
114	Corona provvisoria semplice	Per elemento Necessario certificato	-	€ 40,00	€ 50,00
115	Corona provvisoria armata	Per elemento Necessario certificato	-	€ 100,00	€ 125,00
116	Maryland Bridge	Per elemento Necessario certificato	-	€ 320,00	€ 400,00
117	Perno moncone LNP o LP	Per elemento Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 135,00	€ 168,00
118	Ricostruzione moncone in composito	Per elemento	-	€ 80,00	€ 100,00
119	Ricostruzione con perno in fibra	Per elemento	-	€ 110,00	€ 137,00
120	Trattamento completo ALL ON 4/6 – TORONTO BRIDGE	Per arcata - Necessario certificato Compreso di impianti e protesi (TORONTO)	-	€ 5.200,00	€ 6.500,00
121	Riparazione TORONTO BRIDGE	Per arcata Necessario certificato	Non ripetibile nell'anno	€ 2.600,00	€ 3.250,00
PROTESI MOBILE					
130	Apparecchio scheletrato definitivo	Per arcata Necessario certificato	-	€ 640,00	€ 800,00
131	Elemento su scheletrato definitivo	Per elemento Necessario certificato	-	€ 80,00	€ 100,00
132	Apparecchio scheletrato provvisorio (compreso elementi)	Per arcata Necessario certificato	-	€ 480,00	€ 600,00
133	Protesi totale definitiva	Per arcata Necessario certificato	-	€ 880,00	€ 1.100,00
134	Protesi totale provvisoria	Per arcata Necessario certificato	-	€ 560,00	€ 700,00

COD.	PRESTAZIONE (nomenclatura della Prestazione e descrizione)	DETTAGLIO (specifiche di erogazione della Prestazione)	LIMITE (temporale o tecnico)	RIMBORSO MAX	TARIFFA MAX (*)
136	Ribasamento di protesi rimovibile indiretto	Per arcata Necessario certificato	-	€ 160,00	€ 200,00
137	Riparazione protesi rimovibile	Per arcata Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 120,00	€ 150,00
138	Attacco di precisione (compreso attacco per overdenture)	Per attacco	-	€ 150,00	€ 187,50
139	Cambio cuffie teflon	Necessario certificato	-	€ 50,00	€ 62,00
140	Retina di rinforzo	Necessario certificato	-	€ 150,00	€ 187,00
RADIOLOGIA					
150	RX antero-posteriore e latero-laterale	Per RX	-	€ 32,00	€ 40,00
151	RX endorale	Per RX	-	€ 10,00	€ 12,00
152	Foto	Per Foto	-	€ 1,00	€ 1,00
153	Ortopantomografia (OPT)	-	-	€ 30,00	€ 37,00
154	TAC Dental Scan	Per arcata	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 200,00	€ 250,00
ORTODONZIA					
160	Mantenitore di spazio	Per emiarcata - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 200,00	€ 250,00
161	Molaggio selettivo	-	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 50,00	€ 62,00
162	Terapia mobile	Per arcata - Necessario certificato	Non ripetibile nell'anno	€ 750,00	€ 937,00
163	Terapia fissa o con allineatori trasparenti (es.: "INVISALIGN")	Per arcata	Non ripetibile nell'anno	€ 1.000,00	€ 1.250,00
164	Studio del caso ortodontico	Prima dell'inizio della terapia ortodontica	-	€ 150,00	€ 187,00
GNATOLOGIA					
170	Placca diagnostica, ortotico, bite, Michigan	Per dispositivo - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 250,00	€ 312,50
171	Bite termostampato	Per arcata - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 100,00	€ 125,00
172	Contenzione post ortodontica	Per arcata - Necessario certificato	Non ripetibile nel piano di cure e comunque nell'anno	€ 200,00	€ 250,00
PEDODONZIA					
180	Estrazione semplice dente deciduo	Per elemento	Non ripetibile	€ 50,00	€ 62,00
181	Estrazione complessa dente deciduo	Per elemento	Non ripetibile	€ 70,00	€ 87,00
182	Otturazione semplice deciduo	Per elemento		€ 65,00	€ 81,00
183	Otturazione complessa deciduo	Per elemento		€ 80,00	€ 100,00
184	Cura monocanalare dente deciduo	Per elemento		€ 80,00	€ 100,00
185	Cura pluricanalare dente deciduo	Per elemento		€ 80,00	€ 100,00
186	Fluoroprofilassi	Per entrambe le arcate	Massimo 2 volte l'anno per persona	€ 40,00	€ 50,00

NOTE IMPORTANTI:

(*) TARIFFA MASSIMA concordata con gli studi convenzionati; se la tariffa dovesse risultare maggiore, la preghiamo di segnalarlo al FISDAF. Ove richiesto nel presente documento, è sempre necessario allegare alla richiesta di rimborso adeguata Certificazione relativa ai materiali utilizzati comprensiva di tutti i dettagli necessari al riconoscimento (es.: i numeri di lotto del passaporto implantare, data di posizionamento, posizione del dente, etc.).