

**A TUTTI I SOCI
DEL FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE
DEL GRUPPO BANCO POPOLARE**

Verona, 22 luglio 2013

Circolare 2/2013

- Oggetto:**
- 1. Autocertificazione reddito dei familiari iscritti al Fondo**
 - 2. Composizione del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori del FAS**
 - 3. Invio richieste di sussidio**
 - 4. Aumento dell'imposta di bollo e conseguente aggiornamento delle istruzioni**
 - 5. Convenzioni del Fondo – aggiornamento**
 - 6. Scheda di sintesi delle prestazioni rimborsabili**
 - 7. Aggiornamento dei propri dati**

Con la presente circolare si desidera informare in merito ad alcune importanti scadenze e novità cui porre attenzione, nonché fornire un breve aggiornamento sull'attività di convenzionamento con strutture sanitarie da parte del Fondo Assistenza.

1. Autocertificazione reddito dei familiari iscritti al Fondo

Anche quest'anno, come previsto dall'art. 2 lett. d) del Regolamento, è necessario comunicare **ENTRO IL 30 SETTEMBRE** le fasce di reddito dei familiari iscritti al Fondo, mediante autocertificazione.

Tale comunicazione:

- deve essere effettuata **da tutti i Soci** (in servizio, in quiescenza e aderenti al Fondo di Solidarietà) **con familiari iscritti** e dai superstiti e loro familiari (non sono tenuti alla presentazione dell'autocertificazione solamente i soci che non hanno familiari iscritti al FAS);
- consiste nella **autocertificazione del reddito (imponibile fiscale 2012)** di tutti i **familiari iscritti al Fondo** (familiari a carico e non a carico, compresi coniuge, convivente more uxorio, figli di età inferiore ai 30 anni e genitori conviventi con il Socio).

Si ricorda che la contribuzione al Fondo dei familiari è applicata con decorrenza luglio – giugno dell'anno successivo, in riferimento ai redditi dell'anno precedente (es. riferito a quest'anno: contribuzione con decorrenza luglio 2013 – giugno 2014, in riferimento ai redditi dell'esercizio 2012).

L'autocertificazione può essere prodotta in due modi:

- a) per il personale in servizio (e per il personale in quiescenza che dispone di un accesso a internet e che desidera avvalersi di tale modalità semplificata): accedendo *all'Area Personale Socio* dal sito www.welfare.bancopopolare.it (si entra nel sito, si clicca *sull'Area Assistenza Sanitaria* e poi in quella del *Fondo Assistenza Gruppo BP*; qui, nei link utili a destra, si trova l'Area Personale Socio). Una volta inserite le proprie credenziali di accesso (userid e password) si entra nella procedura normalmente usata per la presentazione delle richieste di liquidazione, si clicca su **"Aggiorna fasce reddito dei familiari"** e si procede ad inserire (e quindi confermare) le fasce di reddito imponibile di tutti i familiari iscritti al Fondo, sce-

gliendole nel menu a tendina predisposto in procedura. **Si ricorda che la fascia di reddito fa riferimento all'imponibile fiscale dell'anno 2012;**

- b) per il solo personale in quiescenza (che non dispone di un accesso ad internet o che non desidera utilizzare tale modalità) e i superstiti: **compilando in tutte le sue parti ed inviando l'ALLEGATO MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE**, che deve pervenire ENTRO il 30 settembre 2013 al seguente indirizzo:

Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare

Via Meucci, 5

37135 Verona

Gli iscritti superstiti, cioè coloro che sono subentrati ad un socio deceduto, devono dichiarare anche il proprio reddito oltre a quello dei familiari a loro collegati solo con il modulo cartaceo.

Si rammenta che **il mancato aggiornamento delle fasce di reddito in procedura o il mancato invio del modulo di autocertificazione entro la data sopra citata comporterà la respinta automatica delle richieste di sussidi per tutto il nucleo familiare (anche delle spese già presentate precedentemente a tale data). La respinta automatica terminerà con il mese successivo a quello dell'invio tardivo, da parte del socio, dell'autocertificazione suddetta.** In caso di invio tardivo dell'autocertificazione, inoltre, qualora si riscontrasse una variazione della fascia di reddito del familiare in diminuzione rispetto a quella dell'esercizio precedente, a tale variazione verrà data decorrenza dal mese successivo a quello di comunicazione (in caso di variazione in aumento la decorrenza avverrà invece, come di consueto, dal mese di luglio 2013).

Si invitano i Soci a non allegare copia delle dichiarazioni dei redditi; chi avesse già provveduto precedentemente ad inviare la dichiarazione dei redditi dei familiari è comunque tenuto a compilare e inviare il modulo allegato.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo si riserva la facoltà di effettuare controlli sulla documentazione inviata, richiedendo l'eventuale invio della dichiarazione dei redditi o di altra comunicazione ritenuta necessaria.

2. Composizione del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori del FAS

A seguito delle elezioni per il rinnovo delle cariche sociali avvenute con l'Assemblea del 27 giugno u.s., e della designazione dei componenti di nomina Aziendale, il Consiglio di Amministrazione per il triennio 2013-2016 risulta così composto:

Filipello Simona	Presidente, designato dall'Azienda
Bacchi Lazzari Stefano	eletto tra i dipendenti in servizio
Davoli Stefano	eletto tra i dipendenti in servizio
Di Marco Vincenzo	eletto tra i dipendenti in servizio
Di Viesti Giulia	eletto tra i dipendenti in servizio
Guidetti Giorgio	eletto tra i dipendenti in servizio
Martinelli Stefano	eletto tra i dipendenti – Vice-Presidente
Melchiori Giorgio	eletto tra il personale in quiescenza
Rossi Gian Luca	designato dall'Azienda
Sandrini Mario	eletto tra il personale in quiescenza
Schiavi Cesare	designato dall'Azienda
Veronesi Bruno	eletto tra i dipendenti in servizio

Il Collegio dei Revisori per il triennio 2013-2016 è così composto:

Zambon Stefano	Presidente, designato dall'Azienda
Andrioli Marco	eletto tra il personale in quiescenza
Donisi Andrea	eletto tra i dipendenti in servizio

3. Invio richieste di sussidio

Si ricorda che per favorire una regolare e tempestiva liquidazione durante l'intero anno solare (ed evitare concentrazioni eccessive di pratiche in prossimità della fine dell'anno), l'art. 4 del Regolamento, in vigore dal 2013, prevede che:

- le spese del primo semestre dell'anno siano inviate entro il 31 luglio;
- le spese del terzo trimestre siano inviate entro il 31 ottobre;
- le spese dell'ultimo trimestre siano inviate tassativamente entro il 20 gennaio dell'anno successivo a quello della fattura.

Sono in deroga ai primi due punti della suddetta calendarizzazione le richieste per i medicinali (per i quali è infatti necessario superare la franchigia annua prima di poter richiedere i rimborsi).

Si invitano caldamente i Soci a rispettare il più possibile la suddetta tempistica di invio delle richieste di sussidi durante l'anno, a beneficio sia proprio (con rimborso tempestivo delle spese) sia in termini di operatività dell'ufficio. Chi non avesse ancora presentato le spese del primo semestre 2013 è quindi invitato a farlo al più presto.

4. Aumento dell'imposta di bollo e conseguente aggiornamento delle istruzioni

Si ricorda che **dal 26 giugno 2013** la legge n. 71/2013 (di conversione del D.L. 43/2013) ha previsto l'aumento della misura fissa dell'imposta di bollo.

In particolare gli importi precedentemente stabiliti passano, rispettivamente **da 1,81 a 2,00 Euro** e da 14,62 a 16 Euro. Conseguentemente la marca da bollo che deve essere apposta sulle fatture/ricevute di visite mediche ed altre prestazioni sanitarie esenti IVA di importo superiore ad Euro 77,47, emesse dal 26 giugno 2013, è ora pari a **2 Euro** (non più 1,81).

Vengono quindi aggiornate le istruzioni del Fondo Assistenza in tal senso.

5. Convenzioni del Fondo - aggiornamento

Si ricorda che il Fondo Assistenza sta stipulando una serie di convenzioni con strutture sanitarie presenti sul territorio, così da consentire agli iscritti di ottenere prestazioni mediche e diagnostiche a prezzi scontati rispetto a quelli praticati alla generalità degli utenti (la scontistica applicata varia ovviamente da struttura a struttura).

L'elenco delle strutture convenzionate è in continuo aggiornamento ed è pertanto pubblicato sul sito www.welfare.bancopopolare.it (nell'Area Assistenza Sanitaria>Fondo Assistenza del Gruppo BP>Circolari e Convenzioni).

Per poter godere delle tariffe scontate è necessario che gli iscritti al Fondo esibiscano presso il centro prescelto (e ovviamente prima del pagamento della prestazione medica) il tesserino cartaceo attestante l'iscrizione al FAS, recapitato nei mesi scorsi a tutti gli iscritti.

Per ulteriori informazioni e dettagli è possibile rivolgersi al call-center del Fondo Assistenza o telefonare direttamente alle strutture convenzionate.

6. Scheda di sintesi delle prestazioni rimborsabili

Sperando di fare cosa gradita si allega scheda di sintesi delle prestazioni rimborsabili dal Fondo per l'anno 2013. Tale scheda può costituire un riferimento di consultazione rapida delle prestazioni rimborsabili e della documentazione richiesta, pur non essendo ovviamente esaustivo e non sostituendo quindi le istruzioni.

7. Aggiornamento dei propri dati

Il socio è pregato di comunicare eventuali variazioni dei propri dati anagrafici per iscritto alla Segreteria del Fondo (preferibilmente via email all'indirizzo fas.gruppobp@bancopopolare.it). Si raccomanda in particolare ai soci in quiescenza di informare immediatamente la Segreteria di eventuali variazioni del numero di c/c comunicando per iscritto il nuovo IBAN.

Infine si rammenta che è sempre possibile aggiornare direttamente il proprio indirizzo di posta elettronica, presente in procedura, nella sezione "Variazione Contatti" dell'area personale socio.

Cordiali saluti.

Per il Consiglio di Amministrazione

Il Presidente

Simona Filipello

ULTIME CONVENZIONI

Tra le convenzioni stipulate in queste ultime settimane dal Fondo si segnalano:

- la Casa di Cura San Francesco di Verona, per le prestazioni di diagnostica e ambulatoriali;
- l'ospedale Villa Salus di Mestre (Ve), per tutte le prestazioni sanitarie;
- la cooperativa Azalea - Verona, per le prestazioni socio-sanitarie svolte sia a domicilio che presso la struttura di Sommacampagna (Vr).

Nelle prossime settimane verrà stipulata una convenzione con il Policlinico di Modena.

PROGETTO ESTATE SICURA

Klinicos e Cooperativa Azalea di Verona promuovono, in collaborazione con FAS, un progetto di assistenza sanitaria domiciliare estivo per l'area veronese.

Per informazioni si può prendere visione della brochure presente nel sito

www.welfare.bancopopolare.it > Assistenza Sanitaria > Fondo Assistenza > Servizi e Convenzioni, oppure chiamare il call-center del Fondo.

MODULO DA FAR PERVENIRE AL FONDO ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2013

**AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ANNO 2013
DEGLI ISCRITTI AL FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO B.P.**
(art. 2, lett. d) Regolamento del Fondo)

Io sottoscritto/a

codice fiscale

indirizzo di residenza: via/piazza

comune prov.

Socio del Fondo Assistenza

- in ottemperanza all'art. 2 lett. d del Regolamento del Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare;
- consapevole che - a norma di Regolamento - la mancata trasmissione del presente modello al Fondo entro il 30 settembre comporterà l'automatica sospensione nell'erogazione delle prestazioni per tutto il nucleo familiare;
- consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o reticenti, nonché delle conseguenze previste dallo Statuto del Fondo a fronte di comportamenti irregolari dei Soci (irrogazione di sanzioni commisurate alla gravità dell'abuso perpetrato ai danni del Fondo, ivi compresa l'esclusione dal Fondo stesso);

DICHIARO CHE OLTRE AL SOTTOSCRITTO SONO ISCRITTI AL FAS I SEGUENTI FAMILIARI CON LE RELATIVE FASCE DI REDDITO (i superstiti, cioè coloro che sono subentrati ad un socio deceduto, devono dichiarare anche il proprio reddito)

Cognome e nome del fam. (e del supertite)	Codice fiscale	Fascia di reddito imponibile (1) <i>Segnare uno dei codici della tabella riportata sotto (2)</i>

- (1) Il reddito imponibile è presente sulla dichiarazione dei redditi dichiarati nel 2013 per l'anno 2012:
- nel rigo 14 Mod. 730-3
 - nel punto 1, parte B, del CUD/2013 (per coloro che hanno **solo tale reddito**)
 - nel quadro RN del Modello Unico/Persone Fisiche rigo 4
- (2) Schema delle fasce contributive:

Familiare	Codice fascia	Fascia reddito imponibile
Figlio A CARICO minore di 18 anni	1	da 0 a 2.840,51 euro
Familiare A CARICO MAGGIORENNE	2	da 0 a 2.840,51 euro
Euro 2.840,52-10.000	3	da 2.840,52 a 10.000 euro
Euro 10.001-18.000	4	da 10.001 a 18.000 euro
Euro 18.001-30.000	5	da 18.001 a 30.000 euro
Euro 30.001-50.000	6	da 30.001 a 50.000 euro
Euro 50.001-100.000	7	da 50.001 a 100.000 euro
oltre 100.000 euro	8	oltre 100.001 euro

Data

Firma del socio

SCHEDA DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI RIMBORSABILI ANNO 2013

NOTA BENE:

- 1) La presente scheda non è esaustiva e quindi non sostituisce le istruzioni, alle quali occorre fare riferimento ai fini dell'esatta definizione dei documenti e delle prestazioni rimborsabili.
- 2) Sono escluse le spese non rimborsabili indicate al punto 3 (Istruzioni pp.7-8) delle norme generali delle istruzioni. In ogni caso non sono rimborsabili prestazioni di carattere estetico.

CODICE	TIPO PRESTAZIONE	RIMBORSO	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE
01-VM 01-AD 01-SP	VISITA MEDICHE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, SEDUTE PSICOTERICHE <i>ISTRUZIONI P. 15</i>	70% della spesa Massimale annuo per iscritto € 2.500	Originale regolare fattura o ricevuta fiscale rilasciata dal professionista o dal Centro sanitario su carta intestata con: - generalità della persona (nome, cognome e indirizzo o cod. fisc.) - esenzione IVA e assoggettamento a bollo (se = o > € 77,48)
16	TICKET PER PRESTAZIONI DI CUI AL COD. 01 <i>ISTRUZIONI P. 15</i>	100% della spesa Massimale annuo incluso in quello del cod. 01	originale regolare fattura o ricevuta fiscale comprovante chiaramente che si tratta di ticket (altrimenti rimborso come cod. 01)
02-TR 02 - MG	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI (PER ELENCO PRESTAZIONI RIMBORSABILI SI VEDANO ISTRUZIONI) <i>ISTRUZIONI P. 15-18</i>	70% della spesa Massimale annuo per iscritto € 500 (€ 2.000 solo per malattie gravi – vedi elenco in istruzioni)	<ol style="list-style-type: none"> 1. prescrizione medica in originale (copia solo per malattie gravi) con indicazione esplicita di: <ul style="list-style-type: none"> - patologia - dettaglio prestazioni richieste - loro numero (non occorre la prescrizione se la prestazione è eseguita direttamente da medico, ma è necessaria l'indicazione della patologia) 2. originale regolare fattura o ricevuta fiscale su carta intestata con: <ul style="list-style-type: none"> - generalità della persona (nome, cognome e indirizzo o cod. fisc) - esenzione IVA e assoggettamento a bollo (se = o > € 77,48) - dettaglio tipo, numero e importo di ogni prestazione, che deve coincidere con la prescrizione <p>n.b.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prescrizioni per "ciclo di trattamenti" si intendono al max 12 trattamenti (salvo per malattie gravi). b) richieste contenenti più fatture con una stessa prescrizione devono essere presentate al termine del ciclo prescritto, tutte in originale (fatture e prescrizione); c) malattie gravi: ictus, forme neurologiche degenerative, neuro-miopatiche, oncologiche, post interventi o infortuni (entro 180 gg), invalidità fisiche permanenti accertate – vedi istruz. per documenti d) i trattamenti dietologici possono esse-
02-DI	<i>ISTRUZIONI P. 18</i>		

02-CT	<i>ISTRUZIONI P. 18</i>		re rimborsati, con un massimo di 12 sedute per anno solare, per le patologie di bulimia, anoressia, obesità; e) per documentazione di cure termali per la parte non convenzionata con il SSN si vedano le istruzioni
17	TICKET PER PRESTAZIONI DI CUI AL COD. 02 <i>ISTRUZIONI P. 18</i>	100% della spesa Massimale annuo incluso in quello del cod. 02	originale regolare fattura o ricevuta fiscale comprovante chiaramente che si tratta di ticket (altrimenti rimborso come cod. 02)
03 – PA 03 - PO	MEDICINALI <i>ISTRUZIONI P. 18-19</i>	70% della spesa Franchigia fissa anno € 50 Massimale annuo/iscritto € 2.000 (per ogni ricetta di farmaci ripetibili max 5 confezioni purché ricetta dell'anno solare in corso)	Modulo medicinali FAS per i casi di cui ai nn. 3, 4, e 5. Inoltre: 1. per ticket: copia prescrizione e scontrino fiscale originale 2. per farmaci non ripetibili con ritiro prescrizione: copia prescrizione, scontrino fiscale originale 3. per farmaci ripetibili: modulo richiesta medicinali, prescrizione dell'anno in corso in originale, scontrino fiscale originale, fustelle 4. per medicinali omeopatici: modulo richiesta medicinali, prescrizione dell'anno in corso in originale, scontrino fiscale originale, parte della confezione con identificazione del prodotto omeopatico 5. per farmaci acquistati all'estero: modulo richiesta medicinali, prescrizione originale dell'anno in corso, documenti di spesa in originale 6. per vaccini allergologici prodotti su prescrizione medica: copia prescrizione medica, documenti di spesa in originale (escluse spese di spedizione)
04 – so 04 - CE	SPESE DENTARIE (compresi interventi chirurgici odontoiatrici) <i>ISTRUZIONI P. 19-20</i> <i>ISTRUZIONI P. 31-32</i> <i>ISTRUZIONI P. 20</i>	Massimale annuo per iscritto € 3.000. Inoltre: - per prestazioni inserite nel tariffario: 60% della spesa fino all'importo massimo ivi previsto e con temporizzazione indicata <i>ISTRUZIONI P. 33;</i> - per spese non comprese nel tariffario: 60% della spesa	1. originale fattura/ricevuta fiscale del medico, del professionista o centro dentistico su carta intestata con: - generalità della persona (nome, cognome e indirizzo o cod.fisc.); - esenzione IVA e assoggettamento a bollo (se = o > a € 77,48) 2. apposita scheda di specifica delle prestazioni Per casi eccezionali (lunghezza cure, spese consistenti) si può chiedere il rimborso anche di fatture di acconto. In tali casi per i documenti consultare le istruzioni
05	INTERVENTI CHIRURGICI <i>ISTRUZIONI P. 20-21</i>	70% della spesa Massimale annuo per iscritto € 7.000	1. prescrizione medica in originale con indicazione della patologia che consiglia il ricovero; 2. originale delle fatture/ricevute fiscali (assoggettate a bollo se = o > ad € 77,48) dei singoli professionisti con il dettaglio delle prestazioni effettuate

	<i>ISTRUZIONI P. 24-25</i>		n.b. per interventi chirurgici con ricovero è possibile usufruire dei centri convenzionati Previmedical in forma di assistenza diretta (si vedano istruzioni per le modalità)
07	OCCHIALI E LENTI <i>ISTRUZIONI P. 21</i>	70% della spesa Massimale annuo/iscritto € 350	<ol style="list-style-type: none"> 1. visus in originale rilasciato dall'oculista nell'anno in corso oppure visus originale rilasciato dall'ottico contestualmente alla fattura di acquisto di occhiali e lenti 2. originale fattura (o scontrino parlante) con esplicito riferimento all'IVA applicata (4%) 3. dichiarazione di conformità rilasciata dall'ottico per l'acquisto di occhiali da vista su misura e di lenti da vista; 4. per lenti corneali anche parte della confezione con gradazione delle lenti oppure dichiarazione di conformità 5. per cambi montatura o riparazioni in caso di rottura: fattura con indicazione che si tratta di cambio montatura o riparazione con lenti in uso, più dichiarazioni conformità <p>n.b. non verranno rimborsati acquisti con IVA diversa dal 4%</p>
08	PROTESI, AUSILI E PRESIDI <i>ISTRUZIONI P. 21-22</i>	70% della spesa Massimale biennale per iscritto € 4.000	<ol style="list-style-type: none"> 1. prescrizione originale del medico (con data non anteriore a 6 mesi da quella della fattura) con indicazione della patologia; 2. originale fattura intestata al beneficiario della prestazione
20	ASSISTENZA INFERMIERISTICA (eseguita da personale professionale dopo grandi interventi, in fasi terminali di gravi malattie, per malattie cronicizzate o invalidanti) <i>ISTRUZIONI P. 22</i>	70% della spesa Massimale annuo per iscritto € 2.500 complessivi per codici 20 e 21	<ol style="list-style-type: none"> 1. originale della fattura/ricevuta sanitaria con dettaglio delle prestazioni infermieristiche; 2. attestazione (anche di chi ha emesso la fattura) con la motivazione che ha reso necessaria la prestazione
21	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA (nei confronti di iscritto invalido e percettore di indennità di accompagnamento) <i>ISTRUZIONI P. 22</i>	70% della spesa, con max pari al 50% dell'indennità di accompagnamento. Massimale annuo per iscritto compreso in quello del cod 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. documentazione comprovante la spesa mensile sostenuta; 2. ultimo certificato INPS con importo dell'indennità accompagnam. 3. copia bollettino INPS dei contributi versati al personale che fornisce la prestazione del periodo di cui si chiede il rimborso
23	RETTE DI DEGENZA IN CASA DI RIPOSO O STRUTTURE LUNGODEGENZA (per iscritto invalido percettore di	50% dell'indennità di accompagnamento Massimale annuo per iscritto di € 2.500 totale per codici 23/24/25	<ol style="list-style-type: none"> 1. fattura dell'istituto 2. copia certificato INPS riportante importo mensile, in corso di erogazione, dell'indennità di accompagnamento

	indennità di accompagnamento) <i>ISTRUZIONI P. 23</i>		
24	RETTE DI DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO CON SSN <i>ISTRUZIONI P. 23</i>	70% della spesa Massimale annuo per iscritto compreso in quello cod. 23/24/25	1. prescrizione medica o certificato ricovero con motivo del ricovero 2. originale fattura Istituto con dettaglio gg di ricovero e relativo costo giornaliero
25	RETTE DI DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA NON CONVENZIONATO CON SSN <i>ISTRUZIONI P. 23-24</i>	70% della spesa con massimo di € 100/notte e massimale annuo per iscritto compreso in quello cod. 23/24/25	1. prescrizione medica o certificato ricovero con motivo del ricovero 2. originale fattura Istituto con dettaglio gg di ricovero e relativo costo giornaliero
99	GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI <i>ISTRUZIONI P. 24-28</i>	100% della spesa Massimale annuo per iscritto € 25.822,84 (eventuale maggior spesa coperta da polizza con max annuo per evento e nucleo di € 129.114,23)	1. copia cartella clinica 2. originale fattura/e intestata/e al beneficiario delle prestazioni con dettaglio prestazioni n.b. per i grandi interventi è possibile usufruire dei centri convenzionati Previ-medical in forma di assistenza diretta (si vedano istruzioni per modalità di accesso)

TARIFFARIO ODONTOIATRICO tipologia di prestazione	importo massimo del rimborso	note
Prevenzione		
Valutazione Orale Periodica	50	
Radiografia Endorale e Occlusale o Bite-wing	15	
Profilassi/Ablazione Semplice del Tartaro - Adulto	60	max 2 prestazioni all'anno
Applicazione Topica di Fluoro (esclusa profilassi) - Adulto	80	max 2 prestazioni all'anno
Visite		
Visita Orale, Visita Specialistica	60	
Igiene orale	40	max 2 prestazioni all'anno
Conservativa		
Sigillatura (per ogni dente)	20	una prestazione ogni 3 anni per dente
Otturazione in Composito o Amalgama (1-2 superfici)	80	una prestazione ogni 3 anni per dente
Parodontologia		
Gengivectomia per dente	180	una prestazione ogni 3 anni per dente
Rizectomia per Radice (incluso lembo di accesso)	100	una prestazione ogni 3 anni per dente
Chirurgia		
Estrazione semplice di Dente o Radice	130	una tantum
Est. Complessa Dente o radice (o in Incl. Ossea parz.)	200	una tantum