



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D AFFECTATION

**REGOLAMENTAZIONE
RELATIVA ALLA COPERTURA
DEI RISCHI DI MALATTIA
DEI FUNZIONARI
DELLE COMUNITÀ EUROPEE**

1° gennaio 1991

CAPITOLO I
DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

OGGETTO

E' istituito un regime di assicurazione-malattia comune alle istituzioni delle Comunità europee. Tale regime garantisce ai beneficiari, nei limiti e alle condizioni previste dalla presente regolamentazione e dai suoi allegati, il rimborso delle spese causate da malattia, infortunio o maternità, nonché il versamento di un'indennità per le spese di funerale.

I beneficiari sono gli affiliati e le persone assicurate loro tramite.

Articolo 2

Affiliati

Sono affiliati :

1) i funzionari delle Comunità europee, fatto salvo il disposto dell'articolo 4, paragrafi da 1 a 4 della presente regolamentazione ;

2) le persone di cui all'articolo 72, paragrafi 1 bis, 2 e 2 bis dello statuto, alle condizioni previste in tali paragrafi ;

3) gli ex funzionari cui è stato applicato l'articolo 41 oppure l'articolo 50 dello statuto, alle condizioni figuranti nell'allegato IV dello statuto ;

4) i titolari di una pensione di reversibilità ottenuta a seguito del decesso di una delle persone di cui al punto 3, alle condizioni di cui

all'articolo 4, paragrafo 5 della presente regolamentazione ;

5) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio in applicazione dell'articolo 4, paragrafo 1 del regolamento (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68, durante il periodo entro il quale hanno diritto all'indennità prevista dagli articoli 5 e 7 di detto regolamento, alle condizioni di cui all'articolo 5, paragrafo 6' di tale regolamento ;

6) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio in applicazione dell'articolo 2, paragrafo 1 del regolamento (Euratom, CECA, CEE) n° 2530/72, alle condizioni di cui all'articolo 3, paragrafo 6 di tale regolamento ;

7) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio in applicazione dell'articolo 2, paragrafo 1 del regolamento (CECA, CEE, Euratom) n° 1543/73, alle condizioni di cui all'articolo 3, paragrafo 6 di tale regolamento ;

8) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio in applicazione dell'articolo 1, paragrafo 1 del regolamento (CECA, CEE, Euratom) n° 2150/82, alle condizioni di cui all'articolo 2, paragrafo 6 di tale regolamento ;

9) gli agenti temporanei delle Comunità, fatti salvo l'articolo 4, paragrafo 6 e l'articolo 7 della presente regolamentazione ;

10) gli ex agenti temporanei titolari di una pensione d'invalidità, i titolari di una pensione di reversibilità ottenuta a seguito del decesso di un agente temporaneo e gli ex agenti temporanei di cui all'articolo 28, terzo e ultimo comma e

all'articolo 28 bis, paragrafo 5 del regime applicabile agli altri agenti ;

11) il Presidente, i Vicepresidenti e i membri della Commissione delle Comunità europee, il Presidente, i giudici, gli avvocati generali e il cancelliere della Corte di giustizia delle Comunità europee, il Presidente, i membri e il cancelliere del Tribunale di primo grado delle Comunità europee, come pure il Presidente e i membri della Corte dei conti delle Comunità europee ;

12) gli ex Presidenti, Vicepresidenti e membri dell'Alta Autorità della Comunità europea del carbone e dell'acciaio, delle Commissioni della Comunità economica europea, della Comunità europea dell'energia atomica o delle Comunità europee nonché gli ex Presidenti, giudici, avvocati generali e cancellieri della Corte di giustizia della Comunità europea del carbone e dell'acciaio o delle Comunità europee, gli ex Presidenti, membri e cancellieri del Tribunale di primo grado delle Comunità europee, come pure gli ex Presidenti e membri della Corte dei conti delle Comunità europee, aventi diritto all'indennità transitoria prevista dal loro trattamento economico, fatto salvo l'articolo 4, paragrafo 7 della presente regolamentazione ;

13) gli ex Presidenti, Vicepresidenti e membri dell'Alta Autorità della Comunità europea del carbone e dell'acciaio, delle Commissioni della Comunità economica europea, della Comunità europea dell'energia atomica o delle Comunità europee nonché gli ex Presidenti, giudici, avvocati generali e cancellieri della Corte di giustizia della Comunità europea del carbone e dell'acciaio o delle Comunità europee, gli ex Presidenti, membri e cancellieri del Tribunale di primo grado delle Comunità europee, come pure gli ex Presidenti e membri della Corte dei conti delle Comunità europee

titolari di una pensione di anzianità o d'invalidità, fatto salvo l'articolo 4, paragrafo 8 della presente regolamentazione ;

14) i titolari di una pensione di reversibilità ottenuta a seguito del decesso di una delle persone di cui ai punti 11), 12) e 13), fatto salvo l'articolo 4, paragrafo 5 della presente regolamentazione ;

15) gli agenti del Centro europeo per lo sviluppo della formazione professionale, nonché le persone di cui all'articolo 38, paragrafi 2, 3 e 4 del regolamento (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76, alle condizioni ivi previste ;

16) gli agenti della Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, nonché le persone di cui all'articolo 38, paragrafi 2, 3 e 4 del regolamento (CECA, CEE, Euratom) n° 1860/76, alle condizioni ivi previste ;

17) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio ai sensi dell'articolo 1, paragrafo 1 del regolamento (CECA, CEE, Euratom) n° 1679/85, alle condizioni di cui all'articolo 3, paragrafo 6 di tale regolamento ;

18) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio ai sensi dell'articolo 1, paragrafo 1 del regolamento (CECA, CEE, Euratom) n° 3518/85, alle condizioni di cui all'articolo 4, paragrafo 6 di tale regolamento ;

19) gli ex agenti temporanei che hanno cessato definitivamente dal servizio ai sensi dell'articolo 1 del regolamento (Euratom, CECA, CEE) n° 2274/87, alle condizioni di cui all'articolo 4, paragrafo 6 di tale regolamento ;

20) gli ex funzionari che hanno cessato definitivamente dal servizio ai sensi dell'articolo 1 del regolamento (CEE) n° 1857/89, alle condizioni di cui all'articolo 3, paragrafo 6 di tale regolamento ;

Articolo 3 Assicurati tramite gli affiliati

Le persone assicurate tramite l'affiliato sono :

1) il coniuge dell'affiliato, a condizione che non sia egli stesso affiliato al regime comune e sempreché :

- non eserciti un'attività lucrativa a titolo professionale o
- se esercita tale attività o se usufruisce di redditi provenienti dall'esercizio di una tale attività svolta precedentemente, sia coperto contro gli stessi rischi in applicazione di altre disposizioni legali o regolamentari e che i suoi redditi annuali di origine professionale non siano superiori alla retribuzione di base annua di un funzionario di grado C5, primo scatto, cui si applichi il coefficiente correttore stabilito per il paese in cui il coniuge percepisce i redditi diretti o differiti provenienti da un'attività professionale, al lordo dell'imposta ;

2) i figli a carico dell'affiliato, ai sensi dell'articolo 2 dell'allegato VII dello statuto, o ai sensi dell'articolo 7 dell'allegato IV dei regolamenti (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 e n° 1860/76 ;

3) le persone equiparate ai figli a carico dell'affiliato, ai sensi dell'articolo 2,

paragrafo 4 dell'allegato VII dello statuto, o ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 4 dell'allegato IV dei regolamenti (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 e n° 1860/76, qualora non possano essere coperte contro i rischi di malattia da un altro regime legale o regolamentare ;

4) il coniuge divorziato di un affiliato, purché risulti assicurato fino alla data del divorzio, in applicazione delle disposizioni di cui al punto 1), il figlio non più a carico dell'affiliato, nonché le persone non più assimilate ad un figlio a carico, ai sensi del punto 3), le quali dimostrino di non poter beneficiare di un altro regime di assicurazione-malattia legale o regolamentare, fatto salvo l'articolo 4, paragrafo 9 della presente regolamentazione.

Articolo 4 Condizioni particolari di copertura

1. Il funzionario che si trova nella posizione di comando senza assegni, di cui all'articolo 39, lettera e) dello statuto usufruisce delle prestazioni del presente regime fino alle sue dimissioni d'ufficio, sempreché si accolli l'onere totale dei contributi, calcolati sullo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado, di cui all'articolo 39, lettera d) dello statuto.

2. Il funzionario in aspettativa in virtù dell'articolo 40 dello statuto, che non sia assicurato tramite un altro affiliato al presente regime, continua ad usufruire delle prestazioni soltanto se prova che non può essere coperto da un altro regime pubblico e se versa i contributi necessari per la copertura dei rischi, per un importo corrispondente alla metà dei contributi nel primo anno di aspettativa e alla totalità dei

contributi per il rimanente periodo di aspettativa ; i contributi sono calcolati sullo stipendio base attualizzato del funzionario, corrispondente al suo scatto nel suo grado.

3. Il funzionario collocato nella posizione di congedo per servizio militare, conformemente all'articolo 42 dello statuto non usufruisce delle prestazioni del presente regime ; tuttavia, le persone assicurate suo tramite continuano ad usufruirne, se si trovano nelle seguenti condizioni :

- a) nel caso di cui all'articolo 42, secondo comma dello statuto, senza che il funzionario sia tenuto a versare contributi ;
- b) nel caso di cui all'articolo 42, terzo comma dello statuto, sempreché il funzionario versi il suo contributo, calcolato sullo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

4. Il contributo del funzionario che perde il diritto alla retribuzione, a norma degli articoli 60 e 88 dello statuto è calcolato sullo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

5. I titolari di una pensione di reversibilità conseguente al decesso di una delle persone di cui all'articolo 2, punti 3), 11), 12) e 13) della presente regolamentazione usufruiscono delle prestazioni del presente regime sempreché versino il loro contributo, calcolato sulla pensione base e non possano essere coperti contro i medesimi rischi da un altro regime pubblico.

6. L'agente temporaneo che presta servizio militare ed il cui contratto non è stato risolto ai sensi

dell'articolo 48 del regime applicabile agli altri agenti, non usufruisce delle prestazioni del presente regime ; tuttavia, le persone assicurate suo tramite continuano ad usufruirne, sempreché l'agente in parola versi il suo contributo calcolato sullo stipendio base attualizzato, corrispondente al suo scatto nel suo grado.

7. Le persone di cui all'articolo 2, punto 12) della presente regolamentazione usufruiscono delle prestazioni del presente regime durante il periodo in cui hanno diritto all'indennità transitoria prevista dal loro trattamento economico, sempreché versino il loro contributo calcolato sulla loro indennità di base e purché non possano essere coperte contro gli stessi rischi da un altro regime pubblico.

8. Le persone di cui all'articolo 2, punto 13) della presente regolamentazione usufruiscono delle prestazioni del presente regime, sempreché versino il contributo calcolato sulla loro pensione di base e purché non possano essere coperte contro gli stessi rischi da un altro regime pubblico.

9. Le persone di cui all'articolo 3, punto 4) della presente regolamentazione continuano a beneficiare, per un periodo massimo di un anno, della copertura prevista dal presente regime a titolo di assicurati tramite l'affiliato tramite il quale beneficiavano di tali rimborsi ; questa copertura non dà luogo alla riscossione di un contributo. Il suddetto periodo decorre o a partire dalla data in cui il divorzio è divenuto definitivo, oppure dalla data in cui si è persa la qualità di figlio a carico o di persona assimilata ad un figlio a carico.

Articolo 5
Affiliazione obbligatoria ad un altro regime
di assicurazione-malattia

Quando un funzionario o agente temporaneo è distaccato in un paese dove, in virtù della legislazione locale, è soggetto ad un regime obbligatorio di assicurazione contro i rischi di malattia, il contributo dovuto a tale titolo è integralmente versato dall'istituzione di cui fa parte l'interessato. In questo caso, è applicabile l'articolo 6 della presente regolamentazione.

Articolo 6

Modalità d'applicazione dell'articolo 72, paragrafo 4 dello statuto

1. L'affiliato che abbia diritto per sé o per una persona assicurata suo tramite al rimborso delle spese in virtù di un'altra assicurazione-malattia obbligatoria, è tenuto :

- a) a dichiararlo all'ufficio di liquidazione;
 - b) a chiedere o, eventualmente, a far chiedere in via prioritaria il rimborso previsto dall'altro regime;
 - c) ad unire a ciascuna domanda di rimborso presentata ai sensi del regime comune un estratto, accompagnato da documenti giustificativi, dei rimborsi che l'affiliato o la persona assicurata suo tramite ha ottenuto in virtù dell'altro regime.
2. Qualora il totale dei rimborsi di cui potrebbe beneficiare l'affiliato o una persona assicurata suo tramite superi le somme rimborsabili ai sensi del presente regime, la differenza viene dedotta dall'importo rimborsabile ai sensi del suddetto regime, salvo per i rimborsi ottenuti

in virtù di un'assicurazione complementare privata contro le malattie, destinata a coprire la parte delle spese non rimborsabili dal presente regime.

Articolo 7

Esclusione di talune spese dal rimborso

1. Quando, in seguito all'esame medico di assunzione, un agente temporaneo è escluso dal beneficio del rimborso di talune spese, ai sensi dell'articolo 28, secondo comma del regime applicabile agli altri agenti, il risultato di tale esame viene trasmesso al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione; il medico di fiducia precisa all'ufficio di liquidazione quali prestazioni non danno luogo al rimborso delle relative spese.

2. Al termine di due anni dall'assunzione dell'agente temporaneo, l'autorità che ha il potere di concludere i contratti d'impiego dell'istituzione da cui dipende l'interessato può revocare la decisione di escludere se, a parere del medico di fiducia dell'istituzione, la malattia o l'infermità non ha presentato sviluppi eccezionali durante tale periodo.

Articolo 8

Rimborsi speciali

1. Quando le spese sostenute riguardano cure prodigate all'affiliato o ad una persona assicurata suo tramite in un paese in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato e la parte delle spese non rimborsate dal regime costituisce un pesante onere per l'affiliato, può essere concesso un rimborso speciale in base al parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione competente,

il quale valuta il costo delle cure mediche, o con decisione dell'autorità che ha il potere di nomina dell'istituzione da cui dipende l'interessato, oppure con decisione dell'ufficio di liquidazione se questo è stato a tal fine designato dalla suddetta autorità.

Le disposizioni del primo comma non si applicano agli assicurati coperti dall'assicurazione malattia complementare di cui all'articolo 24 dell'allegato X dello statuto.

2. Quando la parte non rimborsata delle spese rientranti nel campo d'applicazione delle tabelle allegate alla presente regolamentazione e sostenute dall'affiliato per sé o per le persone assicurate suo tramite supera, in un periodo di dodici mesi, un importo pari alla metà della media dello stipendio base mensile, della pensione oppure, per gli affiliati di cui all'articolo 2, punti 3), 5), 6), 7), 8), 12), 17), 18), 19) e 20) della presente regolamentazione, dell'indennità riscossa durante tale periodo, il rimborso speciale di cui all'articolo 72, paragrafo 3 dello statuto è determinato nel modo seguente :

La parte non rimborsata delle suddette spese che supera la metà della media dello stipendio mensile di base, della pensione o dell'indennità è rimborsata al tasso :

90 % quando si tratta di un affiliato che non ha persone assicurate suo tramite ;

- 100 % negli altri casi.

3. Nel caso degli affiliati di cui all'articolo 4, paragrafi 1, 2, 3, 4 e 6 della presente regolamentazione, che non hanno più diritto allo stipendio, il calcolo dell'entità del rimborso speciale si effettua in base alla metà dell'ultimo

stipendio mensile di base percepito ; nel caso degli affiliati di cui all'articolo 2, punti 3), 5), 6) e 7) della presente regolamentazione, che non hanno più diritto a un'indennità, il calcolo dell'entità del rimborso si effettua in base alla metà dell'ultima indennità mensile percepita.

4. A richiesta dell'affiliato, allo stipendio mensile di base, alla pensione o all'indennità di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 si applicherà il coefficiente correttore della sede di servizio o quello del luogo di residenza per i beneficiari di pensione o di indennità.

5. La decisione inerente a qualsiasi domanda di rimborso speciale viene presa :

- o dall'autorità avente potere di nomina dell'istituzione da cui l'interessato dipende, in base ad un parere dell'ufficio di liquidazione formulato in conformità dei criteri generali stabiliti dal Comitato di gestione, previa consultazione del Consiglio Medico, e relativi al carattere eventualmente eccessivo delle spese sostenute ;
- o dall'ufficio di liquidazione, in base ai medesimi criteri, qualora sia stato a tal fine designato dalla suddetta autorità.

Articolo 9

Libera scelta del medico e dell'istituto di cura

1. I beneficiari del presente regime sono liberi di scegliere il medico e gli istituti di cura.

2. Le istituzioni si sforzano, nella misura del possibile, di negoziare con i rappresentanti del corpo medico e/o le autorità, le associazioni e gli istituti competenti, convenzioni che stabiliscono

le tariffe applicabili ai beneficiari, tenuto conto delle condizioni locali e delle tariffe eventualmente già in vigore, sia dal punto di vista medico, sia da quello ospedaliero.

Articolo 10 Indennità per spese di funerale

Le seguenti persone beneficiano di un'indennità per spese di funerale, nella misura fissata dall'allegato I :

- a) in caso di decesso di una persona assicurata suo tramite o in caso di un figlio nato morto : l'affiliato;
- b) in caso di decesso dell'affiliato: il coniuge, i figli o, se non esistono, qualsiasi altra persona che provi d'aver pagato le spese funerarie.

Articolo 11 Procedure

1. Domande d'autorizzazione preventiva

Quando, in virtù della presente regolamentazione, il rimborso delle spese viene effettuato solamente in base ad autorizzazione preventiva, la decisione è presa dall'autorità che ha il potere di nomina o dall'ufficio di liquidazione da essa designato, secondo la seguente procedura :

- a) la domanda d'autorizzazione preventiva, accompagnata da una prescrizione e/o da un preventivo di spesa redatto dal medico curante, è presentata dall'affiliato all'ufficio di liquidazione che, se del caso, la sottopone al medico di fiducia; in tal caso, il medico di

fiducia trasmette il suo parere all'ufficio di liquidazione entro il termine di due settimane;

- b) l'ufficio di liquidazione delibera sulla domanda, se è stato designato a tale scopo o trasmette il suo parere e, se del caso, quello del medico di fiducia all'autorità che ha il potere di nomina per decisione. L'affiliato è immediatamente informato della decisione :
- c) le domande relative al rimborso di spese risultanti da prestazioni soggette ad autorizzazione non verranno prese in considerazione se l'autorizzazione non è stata chiesta in anticipo rispetto alle prestazioni. Si può fare eccezione in caso di urgenza clinicamente giustificata e come tale riconosciuta dal medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

2. Domande di rimborso

Le domande vanno presentate dagli affiliati ai rispettivi uffici di liquidazione mediante moduli unificati corredati dei documenti giustificativi originali; per le domande di rimborso complementare di cui all'articolo 6 della presente regolamentazione, occorre assolutamente allegare copia della fattura originale quietanzata.

3. Tuttavia, fatte salve le disposizioni dell'articolo 3, paragrafo 4 della presente regolamentazione, il coniuge divorziato può presentare direttamente, per sé stesso ed eventualmente per i figli di cui ha la custodia, le domande di autorizzazione preliminare e di rimborso delle spese alle medesime condizioni di cui ai paragrafi 1 e 2 del presente articolo.

Articolo 12 Surrogazione

Qualora un incidente o malattia sia imputabile ad un terzo, le Comunità sono surrogate di diritto, nel limite degli obblighi che incombono loro ai sensi della presente regolamentazione, alla vittima o ai suoi aventi diritto nelle azioni contro il terzo responsabile, conformemente all'articolo 85 bis dello statuto.

Articolo 13 Decadenza

1. Salvo caso di forza maggiore debitamente comprovato, l'affiliato che non abbia chiesto il rimborso delle spese sostenute per sé o per una persona assicurata suo tramite entro il periodo di dodici mesi successivo al semestre civile nel corso del quale ha ricevuto le prestazioni decade dal diritto al rimborso.

2. Le domande di rimborso speciale di cui all'articolo 8, paragrafo 2, vanno presentate entro il termine di 12 mesi a decorrere dalla data di rimborso delle spese dell'ultima prestazione rientrante nel periodo di 12 mesi considerato.

Articolo 14 Ripetizione dell'indebitato

Qualsiasi somma percepita indebitamente dà luogo a ripetizione se il beneficiario ha avuto conoscenza dell'irregolarità del versamento o se tale irregolarità era così evidente che egli non poteva non accorgersene.

Articolo 15

Frode

Fatta salva l'applicazione dell'articolo 14 della presente regolamentazione, l'affiliato che ha ottenuto o tentato di ottenere con frode prestazioni per sé o per una persona assicurata suo tramite, decade automaticamente dal diritto a tali prestazioni e si espone a sanzioni disciplinari.

Articolo 16

Mezzi di ricorso

1. Qualsiasi persona di cui alla presente regolamentazione dispone dei mezzi di ricorso previsti agli articoli 90 e 91 dello statuto o, nel caso degli affiliati di cui all'articolo 2, punti 15) e 16) della presente regolamentazione, agli articoli 43 e 44 dei regolamenti (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 e n° 1860/76.

2. Prima di decidere in merito ad un reclamo presentato sulla base dell'articolo 90, paragrafo 2 dello statuto, o dell'articolo 43, paragrafo 2 dei regolamenti (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 e n° 1860/76, l'autorità che ha il potere di nomina, o a seconda dei casi il consiglio di amministrazione, deve chiedere il parere del Comitato di gestione.

Quest'ultimo può incaricare il suo Presidente di prendere qualsiasi misura per ottenere un complemento d'informazioni. Quando la controversia è d'ordine medico, il Comitato di gestione può chiedere, prima di pronunciarsi, il parere di un medico esperto. Le spese di perizia sono a carico del regime comune.

Il Comitato di gestione deve pronunciarsi entro il termine di due mesi a decorrere dalla presentazione

della domanda di parere. Il parere è trasmesso contemporaneamente all'autorità e all'interessato.

Se il comitato di gestione non emette un parere entro tale termine, l'autorità che ha il potere di nomina, o a seconda dei casi il Consiglio di amministrazione, può adottare la propria decisione.

CAPITOLO II
ORGANIZZAZIONE DEL REGIME

Articolo 17
Organi

Il funzionamento del presente regime è assicurato da un comitato di gestione, da un ufficio centrale, dagli uffici di liquidazione e da un consiglio medico.

Articolo 18
Comitato di gestione

1. Il comitato di gestione si compone dei seguenti 18 membri titolari :
 - quattro rappresentanti della Commissione designati dall'autorità che ha il potere di nomina;
 - un rappresentante di ciascuna delle altre istituzioni designato dalla rispettiva autorità che ha il potere di nomina;
 - quattro rappresentanti del personale della Commissione designati dal comitato centrale del personale di detta istituzione;
 - un rappresentante del personale di ciascuna delle altre istituzioni designato dal rispettivo comitato del personale.
2. Sono altresì designati 18 membri supplenti nelle stesse condizioni indicate al paragrafo 1.
3. I mandati dei membri titolari e dei membri supplenti hanno la durata di due anni. Essi sono rinnovabili.
4. Ciascun membro titolare o, in sua assenza, il membro supplente, ha voto deliberativo.

5. Il Comitato di gestione adotta il proprio regolamento interno alla maggioranza di due terzi dei membri aventi voto deliberativo.

Detto regolamento interno prevede in particolare le modalità riguardanti :

- l'elezione del presidente;
- l'organizzazione, la convocazione e il calendario delle riunioni.
- l'eventuale designazione di un Comitato preparatorio delle riunioni.

6. Il Comitato di gestione ha il compito :

- a) di vigilare all'applicazione uniforme della presente regolamentazione e di presentare alle istituzioni qualsiasi proposta o raccomandazione utile a questo fine;
- b) di esaminare la situazione finanziaria del presente regime e di trasmettere alle istituzioni qualsiasi proposta o comunicazione utile a questo fine;
- c) di compilare una relazione annuale dettagliata sulla situazione finanziaria del presente regime e di trasmetterla, anteriormente al 1° luglio, alle istituzioni e ai rispettivi Comitati del personale;
- d) se del caso, di proporre o di raccomandare alle amministrazioni delle istituzioni modalità d'applicazione della presente regolamentazione ed ogni altra misura necessaria al buon funzionamento del presente regime nonché di presentare proposte relative alla consistenza del fondo d'esercizio degli uffici di liquidazione, necessario per le operazioni giornaliere;
- e) di formulare pareri nei casi previsti dalla presente regolamentazione;

- f) se del caso, di formulare un parere su qualsiasi questione riguardante direttamente l'applicazione delle disposizioni statutarie in materia di copertura dei rischi di malattia;
 - g) di formulare un parere sul livello dei contributi e delle prestazioni previsti, in particolare in caso di sensibile variazione dei costi delle cure mediche.
7. I lavori del Comitato di gestione sono segreti.

Articolo 19 Ufficio centrale

1. L'ufficio centrale dipende dalla Commissione.
2. Esso è incaricato :
 - a) di coordinare e di controllare i lavori svolti dagli uffici di liquidazione;
 - b) di vigilare all'applicazione uniforme delle norme per la liquidazione delle prestazioni;
 - c) di provvedere alla segreteria del Comitato di gestione;
 - d) di procedere a tutti gli studi statistici od analisi necessari al buon funzionamento del presente regime, in modo da permettere al Comitato di gestione di conoscere con precisione l'entità, la ripartizione e l'andamento dei rischi coperti e di formulare il parere previsto all'articolo 18, paragrafo 6, lettera g) della presente regolamentazione.

Articolo 20 Uffici di liquidazione

1. Gli uffici di liquidazione sono creati o soppressi dalla Commissione là dove essa lo ritiene

necessario, tenendo conto in particolare delle sedi di servizio dei funzionari.

La creazione o la soppressione di un ufficio di liquidazione presso un'altra istituzione può aver luogo solamente con l'accordo di quest'ultima e previo parere del Comitato di gestione.

2. Ogni ufficio di liquidazione dispone di un medico e di un dentista di fiducia incaricati di attendere ai compiti previsti nella presente regolamentazione.

La funzione di medico di fiducia presso gli uffici di liquidazione è incompatibile con quella di medico di fiducia di un'istituzione.

3. Ciascun ufficio di liquidazione ha il compito :

- a) di ricevere e liquidare le domande di rimborso spese presentate dagli affiliati iscritti presso di esso e di effettuare i relativi pagamenti;
- b) di chiedere, nei casi previsti dalla presente regolamentazione nonché nei casi in cui il comitato di gestione o l'ufficio centrale sollevino problemi di natura medica relativi alla liquidazione delle prestazioni, il parere del medico di fiducia che può, ove necessario, sentire il parere del medico di fiducia dell'istituzione interessata;
- c) di istruire le pratiche relative alle domande di autorizzazione preventiva ed eventualmente darvi seguito;
- d) di formulare, i pareri previsti dalla presente regolamentazione;
- e) di provvedere alla segreteria dei medici di fiducia.

4. Gli agenti assegnati agli uffici di liquidazione e all'ufficio centrale sono tenuti al segreto medico per quanto riguarda le spese e/o i documenti di cui vengono a conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni. Restano soggetti a tale obbligo anche dopo aver cessato le loro funzioni presso i suddetti uffici.

Articolo 21 Iscrizione

1. I beneficiari sono iscritti presso l'ufficio centrale e presso un ufficio di liquidazione.

2. I beneficiari che risiedono in un paese dove è stato creato un ufficio di liquidazione sono di massima iscritti presso tale ufficio.

I beneficiari che risiedono in un paese dove non è stato creato un ufficio di liquidazione sono iscritti presso l'ufficio di liquidazione designato dall'ufficio centrale.

Articolo 22 Consiglio medico

Il comitato di gestione è assistito da un Consiglio medico composto di un medico di fiducia per ciascuna istituzione e dei medici di fiducia di ciascun ufficio di liquidazione.

Il Consiglio medico può essere consultato dal comitato di gestione o dall'ufficio centrale su tutti i problemi di natura medica sollevati nel quadro del presente regime. Esso si riunisce, su richiesta del comitato di gestione o dell'ufficio centrale o a richiesta dei medici di fiducia degli uffici di liquidazione e formula il proprio parere entro il termine impartitogli.

CAPITOLO III DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Articolo 23 Contributi

1. Ogni mese, entro e non oltre gli otto giorni successivi alla data del pagamento delle retribuzioni, delle pensioni o, per gli affiliati di cui all'articolo 2, punti 3), 5, 6), 7), 8), 12), 17), 18), 19) e 20) della presente regolamentazione, delle indennità, le istituzioni e gli organi interessati versano alla Commissione i loro contributi nonché quelli degli affiliati.

2. L'importo dei contributi delle istituzioni e degli organi interessati, nonché degli affiliati è fissato rispettivamente al 3,40 % e all' 1,70 % degli stipendi base indicati nell'articolo 66 dello statuto, delle pensioni base o delle indennità di cui al paragrafo 1.

Articolo 24 Ordinazione e controllo

I pagamenti da effettuare ad opera degli uffici di liquidazione sono ordinati e controllati dalla Commissione, sulla base delle disposizioni del regolamento finanziario applicabile al bilancio generale delle Comunità europee.

Articolo 25 Conto speciale

La Commissione registra in un conto speciale fuori bilancio intitolato "regime di assicurazione-malattia delle Comunità europee" :

- l'ammontare dei contributi versati, ripartendo l'importo in vari sottoconti, uno per istituzione,
- l'ammontare dei pagamenti effettuati, ripartendo l'importo fra i sottoconti di cui sopra secondo la natura delle prestazioni, in base ad un piano contabile stabilito dalla Commissione, previo parere del comitato di gestione.

Articolo 26

Situazioni trimestrali di tesoreria

1. La Commissione elabora per ciascuna istituzione, al più tardi 30 giorni dopo la fine di ciascun trimestre, la situazione trimestrale di tesoreria, eventualmente cumulata, dei risultati contabili delle entrate e delle spese relative al periodo trascorso e dell'esercizio o degli esercizi precedenti, secondo le indicazioni fornite dal comitato di gestione.

2. Le situazioni trimestrali di tesoreria suddivise per ufficio di liquidazione, le quali mettono in evidenza la situazione contabile di questi ultimi, sono trasmesse, al più tardi sei settimane dopo la fine di ciascun trimestre, dalla Commissione al comitato di gestione ed alle altre istituzioni.

Articolo 27

Equilibrio finanziario

Le prestazioni fornite in virtù del presente regime devono essere equilibrate finanziariamente per ogni periodo di tre anni, mediante le quote versate dalle istituzioni e dagli affiliati.

Articolo 28
Eccedenze delle spese sulle entrate

1. Nel caso in cui la situazione contabile riveli, per l'insieme delle istituzioni, un'eccedenza delle spese sulle entrate la quale comprometta l'equilibrio finanziario del presente regime, il disavanzo viene pareggiato mediante le eccedenze di cui all'articolo 29 della presente regolamentazione.

2. Qualora dette eccedenze non fossero sufficienti a coprire l'eccedenza delle spese sulle entrate, il Comitato di gestione sottopone d'urgenza il problema alle istituzioni che, previo parere del Comitato dello statuto, decidono le misure da prendere per ristabilire l'equilibrio finanziario.

Articolo 29
Eccedenze delle entrate sulle spese

1. Qualora la situazione contabile degli uffici di liquidazione riveli un'eccedenza delle entrate sulle spese, la Commissione può iscriverla in un conto speciale fuori bilancio, intitolato "eccedenze del regime di assicurazione-malattia delle Comunità europee".
Le eccedenze sono destinate a coprire un eventuale aumento dei rischi.

2. La Commissione, previo parere del Comitato di gestione, investe le eccedenze nelle migliori condizioni, tenendo conto del fabbisogno corrente degli uffici di liquidazione.
Essa informa ogni sei mesi le altre istituzioni nonché il Comitato di gestione sull'importo delle somme in tal modo investite e sulle modalità d'investimento.

Gli interessi degli investimenti sono accreditati sul conto speciale di cui all'articolo 25.

3. Qualora le eccedenze costituite in un periodo di tre anni raggiungano un ammontare equivalente al 20% della media aritmetica delle spese complessive di tale periodo, le istituzioni, sentito il parere del Comitato di gestione e del Comitato dello statuto, decidono sull'opportunità di diminuire i contributi delle istituzioni e degli affiliati.

4. L'ammontare delle eccedenze degli uffici di liquidazione viene iscritto nel passivo del bilancio finanziario della Commissione, alla voce "regime di assicurazione-malattia delle Comunità europee".

CAPITOLO IV DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 30 Revisione

1. La presente regolamentazione può essere riveduta alle condizioni previste all'articolo 72, paragrafo 1 dello statuto, su proposta di un'istituzione o di un Comitato del personale.
2. Qualsiasi proposta di revisione della regolamentazione deve essere sottoposta al parere del Comitato di gestione.

Articolo 31

E' abrogata la regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee, modificata, da ultimo, il 1° giugno 1984.

Articolo 32

La presente regolamentazione entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello durante il quale il Presidente della Corte di giustizia delle Comunità europee constata il comune accordo delle istituzioni, previsto all'articolo 72, paragrafo 1 dello statuto.

Essa è applicabile a decorrere dal 1° gennaio 1986 (1).

(1) Le disposizioni degli articoli 2, 3, 4, 8 e 23, dell'allegato I, punti III, IV, VI, IX, X, XI, XII, XIV e XV, dell'allegato III, e del nuovo allegato IV, modificate o aggiunte in data 05.12.90 sono d'applicazione con decorrenza 01.01.91.

ALLEGATO I

NORME RELATIVE AL RIMBORSO DELLE SPESE DI MALATTIA

Il rimborso delle spese di malattia si effettua entro i limiti e alle condizioni indicate qui di seguito.

I. VISITE

Gli onorari per visite sono rimborsati all'85% entro un massimo di :

1) Medici generici

a) Visita al gabinetto del medico	BFR	682
b) Visita al domicilio del malato	BFR	710
c) Visita notturna, domenicale e festiva, d'urgenza, definite in conformità degli usi locali	BFR 1	143

2) Medici specialisti

a) Visita al gabinetto del medico	BFR 1	072
b) Visita al domicilio del malato	BFR 1	470
c) Visita notturna, domenicale e festiva, d'urgenza, definite in conformità degli usi locali	BFR 1	565

3) Esame psicologico praticato nell'ambito di cure mediche	BFR 4	045
---	-------	-----

Se il medico è autorizzato a chiedere, oltre all'onorario, un'indennità per le spese di trasporto sostenute per recarsi al domicilio del malato, o se il beneficiario è costretto a ricorrere ad un medico domiciliato fuori dalla sua sede di servizio o dal luogo di residenza o di soggiorno, le spese inerenti a detto spostamento sono rimborsate all'85% e entro il limite di 20 km per l'andata e il ritorno.

II. INTERVENTI CHIRURGICI

Queste spese sono rimborsate all'85% e nei limiti di massimali fissati, per ogni intervento, ad un importo rimborsabile di :

BFR 11 390 per la categoria AA
BFR 22 780 per la categoria AB
BFR 26 180 per la categoria B
BFR 75 616 per la categoria C
BFR 99 080 per la categoria D

L'allegato II contiene un elenco degli interventi chirurgici, suddivisi per categoria.

Ogni intervento chirurgico non menzionato in questo elenco viene assimilato all'intervento chirurgico in esso citato che, secondo il parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, ha caratteristiche simili.

Gli interventi di chirurgia plastica sono subordinati ad autorizzazione preventiva dell'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia.

Gli interventi di chirurgia plastica considerati meramente estetici non sono rimborsati.

Le spese d'intervento chirurgico comprendono unicamente gli onorari dei chirurghi; le spese d'anestesia, di sala operatoria, di sala d'ingessatura, di fasciatura e le altre spese per cure generiche relative agli interventi chirurgici di ogni categoria sono rimborsate all'85% ed entro il limite dei massimali previsti per ciascuna prestazione.

In caso di intervento chirurgico particolarmente importante, le spese sostenute vengono rimborsate all'85%, previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

III - RICOVERO

1. Le spese di degenza, in caso d'intervento chirurgico o di ricovero sono rimborsate per l'85 %, con un massimo rimborsabile rispettivamente di BFR 4 127 e BFR 3 459 al giorno.

Le spese di degenza comprendono la pensione, il servizio e le tasse.

2. Le spese d'intervento chirurgico specificate al punto II, le spese di sala operatoria, di sala d'ingessatura, di medicazione e le altre spese per cure generiche relative all'intervento chirurgico, gli onorari per visite e consulti, le analisi e gli esami di laboratorio, le ricerche radiologiche, i medicinali ed altre prestazioni per diagnosi o cure sono rimborsate separatamente, conformemente alle disposizioni relative al rimborso di ciascuna di dette categorie di spesa. Se in un centro ospedaliero il prezzo forfettario della giornata di ricovero comprende le spese di degenza di cui al

paragrafo 1, secondo comma, nonché la totalità o parte delle spese precedentemente enumerate, il rimborso è effettuato all'85 %.

3. Previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione può essere eccezionalmente concesso un rimborso dell'85 % per un importo massimo di BFR 1 535 al giorno per le spese di soggiorno di un familiare che, su prescrizione del medico curante, accompagni un beneficiario ricoverato, qualora quest'ultimo, tenuto conto dell'età e/o della natura dell'affezione, abbia bisogno di un'assistenza familiare speciale.

4. Non viene considerato ricovero il soggiorno in un istituto che non disponga di un'infrastruttura medico-tecnica e logistica pluridisciplinare né di personale medico e paramedico pari almeno al 10 % dei pazienti ricoverati.

Le spese di degenza in tale casa di cura e/o di riposo riconosciuta dalle autorità competenti e dotata di un'infrastruttura medica/paramedica per assistere le persone anziane e/o minorate, saranno rimborsate all'85 %, per un importo massimo di BFR 815 al giorno, previo parere favorevole del medico di fiducia, in base ad un rapporto periodico dettagliato del medico curante, che giustifichi la necessità della degenza.

Le spese di degenza che superano l'importo di BFR 960 al giorno non saranno prese in considerazione per il calcolo di cui all'articolo 8, né per un'eventuale applicazione del punto IV del presente allegato.

Le spese mediche propriamente dette sostenute in tale casa saranno fatturate e rimborsate separatamente, alle condizioni previste dalla regolamentazione.

IV - CASI SPECIALI

1. In caso di tubercolosi, poliomelite, cancro, malattie mentali ed altre riconosciute di gravità comparabile dall'autorità che ha il potere di nomina, le spese sono rimborsate al 100 %.

Tuttavia, gli importi da rimborsare in uno di questi casi, per prestazioni previste al punto VI, paragrafo 1, secondo comma, al punto XI, paragrafo 1, lettera a), al punto XII, lettere E e F, all'allegato III, parti A e B, punti 2) e 3) e all'allegato IV, lettera B, punto 2) non possono superare un importo pari al doppio dell'importo massimo ivi previsto.

Gli importi da rimborsare per prestazioni di cui al punto III, paragrafo 3, al punto VI, paragrafo 3, al punto VIII, primo e quarto comma, al punto X, al punto XI, paragrafo 1, lettera b), al punto XII, lettera B e all'allegato III, parte B, punto 1) non possono superare gli importi massimi ivi previsti.

La domanda intesa a chiedere il riconoscimento di cui al primo comma dev'essere presentata all'ufficio di liquidazione, corredata della relazione del medico curante dell'interessato.

La decisione è presa, sentito il parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, formulato sulla base dei criteri generali fissati dal consiglio medico, dall'autorità che ha il potere di nomina oppure dall'ufficio di liquidazione competente, qualora esso sia stato designato a tal fine dalla suddetta autorità.

I rimborsi previsti al 100 % non si applicano in caso di malattia professionale o d'infortunio che abbiano comportato l'applicazione dell'articolo 73 dello statuto.

2. Le spese per gli esami di diagnosi precoce, purché organizzati o effettuati da centri autorizzati dalla Commissione, sono rimborsati al 100 %.

V. PRODOTTI FARMACEUTICI

Le spese relative ai prodotti farmaceutici prescritti dal medico, sono rimborsate all'85%. In caso di rinnovo previsto dalla prescrizione, i prodotti farmaceutici acquistati entro un termine di sei mesi dalla data di rilascio della prescrizione sono del pari rimborsati all'85%.

Le acque minerali, i vini e liquori tonici, gli alimenti per lattanti, i prodotti per capelli, i cosmetici, i prodotti dietetici e igienici, gli irrigatori, i termometri, le tisane e i prodotti aromatici aventi scopo terapeutico, nonché i prodotti e gli strumenti simili non sono considerati prodotti farmaceutici.

Tuttavia, se misure dietetiche dovute ad uno stato patologico di un lattante o di un bambino espongono l'affiliato a spese supplementari, queste sono rimborsate alle condizioni previste nel primo comma purché riguardino l'acquisto di prodotti dietetici assimilabili, in questo caso, ad un medicinale indispensabile alla sopravvivenza.

VI - CURE DENTARIE, PROTESI DENTARIE E ORTODONZIA

1. Le spese per cure dentarie per otturazioni, estrazioni, apicectomia, frenicectomia, eliminazione del tartaro dentario e radiografie, sono rimborsate in base alle tariffe indicate nell'allegato III, parte A. Le spese per cure dentarie non indicate nel tariffario

dell'allegato III, parte A sono rimborsate all'80 %, previo parere del medico di fiducia.

Le spese di paradontosi sono rimborsate all'80 % con un massimo di BFR 12 000 per sestante, con autorizzazione preventiva concessa previo parere del dentista di fiducia.

2. Le spese per protesi dentarie sono rimborsate alle condizioni previste dalla tabella riportata nell'allegato III, parte B.

3. Le spese per cura ortodontica, eseguita in seguito ad autorizzazione preventiva, previo eventuale parere del dentista di fiducia dell'ufficio di liquidazione, sulla base di un preventivo spese preparato dal dentista curante, sono rimborsate all'80 %, per un massimo di BFR 79 500 per ogni figlio a carico. Questo importo copre tutto il trattamento della bocca. L'età massima per l'inizio del trattamento è di 18 anni.

Il rimborso delle spese per un secondo trattamento può essere concesso a titolo eccezionale, purché tale trattamento sia stato oggetto di autorizzazione preventiva, concessa, previo parere del medico o del dentista di fiducia, in base ad un preventivo spesa e ad una relazione particolareggiata comprovante la necessità assoluta del trattamento, redatti dal dentista curante.

VII. RADIOLOGIA, ANALISI, ESAMI DI LABORATORIO E ALTRI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Queste spese sono rimborsate in ragione dell'85%.

VIII. PARTI

In caso di parto normale, gli onorari medici e d'assistenza ostetrica nonché di anestesia sono rimborsati in ragione del 100% con un massimo di BFR 26.800.

Le spese di sala parto, di assistenza di un chinesiterapista, nonché tutte le altre spese relative a prestazioni connesse direttamente al parto, sono rimborsate separatamente in ragione del 100 %.

In caso di parto gemellare, l'ammontare massimo rimborsabile è aumentato del 50%. In caso di parto distocico che comporti prestazioni ostetriche speciali o d'intervento chirurgico o di ricovero prolungato per affezione post-partum, le spese sopra menzionate sono rimborsate, sentito eventualmente il parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, nei limiti del 100% secondo le tabelle previste per gli interventi chirurgici, il ricovero e le cure speciali.

In tutti i casi di parto, le spese di soggiorno in clinica o in maternità sono rimborsate conformemente alle disposizioni del punto III, con un massimo di BFR 4 556 al giorno; salvo il caso di complicazioni, le spese relative ad un soggiorno in clinica o in maternità superiore a 10 giorni non sono rimborsate.

In caso di parto a domicilio, il presente regime prende a carico al 100% le spese di assistenza da parte di un'infermiera durante 10 giorni; il periodo di assunzione a carico delle spese di assistenza è prorogato in caso di complicazioni.

La formula "parto distocico che comporti prestazioni ostetriche speciali" copre tutti i parti che non sono normali dal punto di vista medico.

IX. FISIOTERAPIA, CINESITERAPIA E TRATTAMENTI ASSIMILABILI: APPARECCHI PER TRATTAMENTI MEDICI

1. Le spese relative ai trattamenti indicati nell'allegato IV, parte A e parte B, prescritti da un medico (nel caso di psicoterapia e di trattamenti analoghi da uno psichiatra, un neuropsichiatra o un neurologo) sono rimborsate all'80 %, purché i trattamenti siano effettuati da persone abilitate all'esercizio della professione. Il numero massimo di sedute rimborsabili su un periodo di dodici mesi è fissato nell'allegato IV. In casi eccezionali, su presentazione di un certificato medico debitamente motivato, può essere rimborsato un numero più elevato di sedute.

Per i trattamenti di cui all'allegato IV, lettera B è necessaria inoltre un'autorizzazione preventiva, previo parere del medico di fiducia.

2. Le spese relative ad apparecchi per trattamenti medici sono rimborsate all'80 %, con autorizzazione preventiva.

X. PRESTAZIONI DI PERSONALE AUSILIARIO MEDICO E ASSISTENZA

1. Le spese per le prestazioni del personale ausiliario medico sono rimborsate all'80 %, a condizione che siano state prescritte dal medico curante ed eseguite da una persona legalmente autorizzata ad esercitare la professione.

2.

a) Le spese di assistenza post-operatoria in ambiente ospedaliero, prescritta dal medico curante, sono rimborsate all'80 % con autorizzazione preventiva concessa previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, per un massimale di BFR 2 415 per assistenza diurna o notturna e di BFR 3 459 per assistenza 24 ore su 24.

b) Le spese di assistenza a domicilio dopo un ricovero, prescritta come indispensabile dal medico curante, sono rimborsate all'80 % con autorizzazione preventiva concessa previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, per un massimale di BFR 2 415 per assistenza diurna o notturna e per una durata massima di 45 giorni ; in caso di necessità assoluta, debitamente motivata dal medico curante e con autorizzazione preventiva concessa previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, può essere concessa una proroga, con lo stesso massimale per l'assistenza diurna o notturna, per un periodo non superiore a 45 giorni. Il massimale per un'assistenza per periodo di 24 ore è fissato a BFR 3 000.

c) Le spese di assistenza a domicilio, prescritta e debitamente motivata dal medico curante, sono rimborsate all'80 % per un periodo massimo di 90 giorni, con autorizzazione preventiva concessa previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, per un massimale di BFR 2 415 per l'assistenza per un periodo di 24 ore.

d) Al di là dei periodi indicati alle lettere b) e c) può essere concesso un importo mensile per prestazioni di assistenza prescritta e debitamente motivata dal medico curante, con autorizzazione preventiva e previo parere del medico di fiducia

dell'ufficio di liquidazione. Può essere concessa una proroga per un periodo non superiore a 12 mesi, rinnovabile. L'importo rimborsabile è fissato all'80 % delle spese sostenute, con un massimale pari allo stipendio base di un funzionario di grado C 5, primo scatto, in vigore al momento della decisione, diminuito di un importo pari al 10 % dello stipendio base o della pensione dell'affiliato o dell'indennità dell'affiliato nei casi di cui all'articolo 2, punti 3), 5), 6), 7), 8), 12), 17), 18) 19) e 20) della regolamentazione.

e) Le prestazioni di assistenza devono essere eseguite da una persona legalmente autorizzata ad esercitare la professione.

f) Le spese di trasferimento, vitto e alloggio e tutte le altre spese accessorie della persona che presta l'assistenza non sono rimborsabili.

XI. CURE

1. Le spese di soggiorno, escluso il vitto, relative ad una cura prescritta dal medico curante ed effettuata sotto controllo medico, sono rimborsate all'80 %, entro i limiti sottoindicati, purché essa sia stata riconosciuta strettamente necessaria dal medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione e sia stata oggetto di autorizzazione preventiva.

a) Cura di convalescenza o post-operatoria, per una durata massima di 28 giorni all'anno : importo massimo rimborsabile di BFR 1 176 al giorno ; l'autorizzazione può essere rinnovata in caso di ricaduta o di nuova malattia.

b) Cura termale, per un periodo massimo di ventun giorni all'anno ; importo massimo rimborsabile di BFR 815 al giorno ; le spese di soggiorno relative a tale cura non possono in alcun caso essere considerate spese di ricovero.

c) Cura per bambini gracili : importo massimo rimborsabile di BFR 1 176 al giorno ; salvo casi eccezionali, il rimborso è accordato fino all'età di 16 anni e per una durata massima di 6 settimane all'anno.

Salvo nel caso di cure di cui alla lettera a), la domanda di autorizzazione preventiva per una cura dev'essere presentata all'ufficio di liquidazione almeno sei settimane prima della data prevista per l'inizio della cura.

La domanda, inviata al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione dev'essere corredata della prescrizione medica e di un rapporto medico dettagliato che giustifichi la necessità della cura.

La domanda di rimborso delle spese di soggiorno, escluso il vitto, di trattamento e di controllo medico sostenute durante una cura dev'essere corredata di un rapporto medico redatto alla fine della cura, destinato al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, in cui siano indicati i trattamenti seguiti e i risultati constatati.

2. Le spese di trattamento e di controllo medico sostenute durante le cure sono rimborsate entro il limite dei tassi e degli importi massimi previsti per ciascuna prestazione.

XII. PROTESI SU PRESCRIZIONE MEDICA

A. Lenti per occhiali

1. Le spese per l'acquisto di lenti correttive da vista, su prescrizione medica, sono rimborsate all'85 %, come pure le spese per l'acquisto di un paio di lenti colorate A (12 % di colorazione) non correttive, escluse le lenti unicamente destinate alla protezione solare.

2. In caso di rinnovo, il rimborso di cui al paragrafo 1 è concesso soltanto dopo un periodo di diciotto mesi (dodici mesi se si tratta di bambini fino all'età di 18 anni) a decorrere dalla data dell'ultimo acquisto, salvo in caso di variazione delle condizioni del visus constatata dal medico.

B. Montature per occhiali

1. Le spese per l'acquisto di una montatura per paio di lenti correttive da vista e di una montatura per lenti colorate A (12 % di colorazione) non correttive sono rimborsate all'85 %, con un massimo di BFR 2 560 per montatura.

2. In caso di rinnovo, il rimborso di cui al paragrafo 1 è concesso soltanto dopo un periodo di trentasei mesi (dodici quando si tratta di bambini di età fino a 18 anni) a decorrere dalla data dell'ultimo acquisto.

3. Le spese relative alla riparazione di una montatura danno luogo a rimborso se sussistono le condizioni previste per il rinnovo della montatura ; l'importo rimborsato per la riparazione viene detratto dall'importo massimo rimborsabile in caso di acquisto di una nuova montatura entro lo stesso termine.

C. Lenti a contatto

1. Le spese per l'acquisto di lenti a contatto sono rimborsate all'85 % quando le lenti sono prescritte da un medico oftalmologo.

2. In caso di rinnovo, il rimborso all'85 % è concesso soltanto dopo un periodo di ventiquattro mesi a decorrere dalla data dell'ultimo acquisto, salvo in caso di variazione delle condizioni del visus constatata dal medico.

D. Occhi artificiali

Le spese d'acquisto di occhi artificiali sono rimborsate all'85 %.

E. Apparecchi uditivi

1. L'acquisto e la riparazione di un apparecchio auditivo prescritto da un medico otorinolaringoiatra danno luogo a rimborso all'85 %, con un massimo rimborsabile di BFR 37 250.

2. In caso di rinnovo, il rimborso di cui al paragrafo 1 viene concesso soltanto trascorso un periodo di 5 anni, salvo in caso di variazione delle condizioni audiometriche e relativa prescrizione da parte di un otorinolaringoiatra.

3. Le spese per l'acquisto delle pile destinate ad un apparecchio auditivo sono rimborsate all'85 %.

F. Apparecchi ortopedici, fasciature ed altre protesi

Le spese per l'acquisto o il noleggio degli oggetti qui di seguito elencati e prescritti da un medico, nonché quelle per la riparazione degli articoli

elencati ai punti 3) e 4) sono rimborsate all'85 % :

1) calzature ortopediche su misura e soles ortopediche (due paia per periodo di dodici mesi) per un importo massimo rimborsabile di BFR 14 510 per paio di calzature ;

2) fasciature elastiche - calze per varici (3 paia per periodo di dodici mesi) - altre : ad esempio, ventriere da gravidanza, ginocchiere, cavigliere, fasce lombari ;

3) arti e segmenti di arti, stampelle e bastoni ;

4) sedie a rotelle e apparecchi ausiliari assimilati, previa presentazione di un preventivo di spesa.

Tuttavia è richiesta un'autorizzazione preventiva, previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, per l'acquisto di calzature ortopediche e degli articoli di cui al punto 4); la richiesta di autorizzazione preventiva per le calzature ortopediche dovrà essere corredata di un preventivo di spesa.

XIII. SPESE DI TRASPORTO E DI VIAGGIO

1. Le spese di trasporto del malato possono essere rimborsate all'80% dell'ammontare effettivo, su parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, se tale trasporto presentava un carattere di urgenza e di necessità assoluta.

2. Le spese di viaggio sostenute per ricevere cure fuori della sede in cui l'affiliato risiede o presta servizio sono rimborsate solo a titolo eccezionale, previa autorizzazione preventiva

accordata su parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

XIV. SPESE DI FUNERALE

Le spese di funerale di cui all'articolo 10 della regolamentazione sono rimborsate per un importo massimo di BFR 94 000, previa presentazione di pezze giustificative.

Le spese che superano l'importo di BFR 94 000 non sono prese in considerazione per il calcolo di cui all'articolo 8 della regolamentazione.

XV. DISPOSIZIONI COMUNI PER IL RIMBORSO DELLE VARIE PRESTAZIONI

1. Le disposizioni che seguono si applicano al rimborso delle spese mediche di cui ai punti da I a XIII.

2. Le spese relative a prestazioni non previste negli allegati della regolamentazione possono essere rimborsate all'80 %, previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione. Nei singoli casi potranno essere fissati importi massimi rimborsabili, previo parere del comitato di gestione .

3. Le spese relative alle cure considerate non funzionali o non necessarie dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia, non danno luogo a rimborso.

La parte delle spese considerata eccessiva dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia, non dà luogo a rimborso.

4. I consulti di celebrità mediche, riconosciuti necessari dal medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, sono rimborsati all'85 %, per un importo massimo rimborsabile triplo di quello previsto per le visite specialistiche.

La prima visita d'urgenza a domicilio effettuata da una celebrità medica è rimborsata all'85 %.

Le visite successive sono rimborsate, previa autorizzazione concessa in base al parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, all'85 %, per un importo massimo rimborsabile triplo di quello previsto per le visite specialistiche a domicilio.

ALLEGATO II

ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI (ripartiti per categoria)

A. CATEGORIA AA (Ammontare massimo : BFR 11 390)

A. 1 - Chirurgia

1. Incisione di un ascesso superficiale, di un foruncolo o di un pateruccio sottocutaneo
2. Incisione di vari ascessi superficiali o di vari foruncoli
3. Incisione di un pateruccio osseo o dei canali tendinali, con drenaggio
4. Incisione di un ascesso profondo
5. Incisione di un ascesso del Douglas
6. Incisione di un ascesso del Douglas
7. Estrazione di un corpo estraneo superficiale palpabile, situato sotto la pelle o sotto una mucosa
8. Escissione di un piccolo tumore infra o sottocutaneo o nella o sotto una mucosa ovvero biopsia di un tale tumore a livello di organi superficiali (per es.: labbra, pelle, mucose)
9. Escissione di un grande tumore (per es. : gangli, neuroni, gangli linfatici, tumore aponeurotico) senza apertura di una cavità

10. Terapia sclerotizzante, mediante iniezioni, delle varici o delle emorroidi o legatura delle emorroidi
11. Intervento chirurgico su un'articolazione delle dita della mano e del piede oppure del carpo o del tarso
12. Osteotomia d'un piccolo osso ovvero trapanazione d'un osso per biopsia
13. Prelievo di un lembo da innesto osseo
14. Riduzione di una frattura del setto nasale
15. Riduzione di una frattura d'un osso facciale
16. Riduzione di una frattura della clavicola
17. Riduzione di una frattura della scapola o dello sterno
18. Riduzione di una frattura del braccio
19. Riduzione di una frattura dell'avambraccio
20. Riduzione di una frattura semplice del bacino
21. Riduzione di una frattura di un dito della mano o del piede, del metacarpo, del metatarso, del carpo o del tarso
22. Riduzione di una frattura della rotula
23. Riduzione di una frattura della gamba (tibia e/o peroneo)
24. Rimozione del materiale di chiodatura e/o di cerchiatura di un osso

25. Riduzione di una lussazione del mascellare inferiore
26. Riduzione di una lussazione della clavicola o della rotula
27. Riduzione di una lussazione del gomito o del ginocchio
28. Riduzione di una lussazione del pollice
29. Riduzione di una lussazione d'un dito della mano o del piede
30. Disarticolazione di un dito della mano o del piede
31. Amputazione parziale o totale di un dito della mano o del piede
32. Amputazione di un metacarpo o metatarso
33. Tracheotomia
34. Riduzione o tentativo di riduzione di un'ernia strozzata
35. Operazione di una fessura anale o rettale
36. Operazione di una fistola rettale
37. Riduzione di un prolasso rettale
38. Estrazione di un corpo estraneo dal retto per via anale
39. Operazione di una fimosi
40. Dilatazione dell'uretra
41. Estirpazione di un polipo uretrale

42. Estrazione non cruenta di un corpo estraneo dall'uretra

43. Puntura della vescica

44. Vasectomia

AA. 2 - Oftalmologia

1. Estrazione di un corpo dalla congiuntiva dalla cornea o dalla sclerotica

2. Estirpazione di un tumore dalla palpebra, dalla congiuntiva o dalla sclerotica

3. Enucleazione di un calazio

4. Apertura di una via lacrimale

5. Disostruzione della via lacrimale

6. Operazione di un flemmone del sacco lacrimale

7. Estirpazione di un sacco lacrimale

8. Operazione di una ghiandola lacrimale

9. Operazione di una fessura palpebrale ritratta od allargata

10. Operazione di un ectropion o di un entropion

11. Trattamento al laser

AA. 3 - Otorinolaringoiatria

1. Estirpazione di un corpo estraneo

2. Estirpazione semplice di polipi (facili da operare) o di altri tumori del naso

3. Apertura di un seno mascellare
4. Adenectomia
5. Estrazione non cruenta di un corpo estraneo dalla laringe
6. Estirpazione non cruenta di un polipo o di un altro tumore della laringe
7. Biopsia a livello della laringe
8. Operazione sul condotto auditivo esterno
9. Estrazione di un corpo estraneo dal condotto auditivo esterno e dalla cassa del timpano
10. Estirpazione di un polipo o di un altro tumore dal condotto auditivo esterno o dalla cassa del timpano
11. Drenaggio transtimpanico

AA. 4 - Ginecologia

1. Correzione d'una retroversione uterina
2. Estirpazione di un polipo dal collo dell'utero
3. Biopsia del collo dell'utero
4. Operazione d'una lacerazione incompleta del perineo
5. Intervento chirurgico sugli organi genitali femminili esterni (ad es. : estirpazione d'una ciste vaginale o di una ghiandola di Bartolini)

CATEGORIA AB
(Ammontare massimo : BFR 22 780)

AB. 1 - Chirurgia

1. Estrazione cruenta dai tessuti molli o da un osso di un corpo estraneo situato profondamente
2. Biopsia della lingua, a livello di tessuti profondi (tessuto adiposo aponeurosi muscolo) o a livello di organi senza apertura di una cavità
3. Trapianto cutaneo o di lembi cutanei, semplici
4. Riduzione di una lussazione della mano o del piede
5. Operazione del labbro leporino semplice
6. Escissione parziale della lingua
7. ~~Operazione di una fistola salivare o ablazione per via cruenta di una litiasi salivare~~
8. Operazione di polipi del retto
9. Operazione di una fistola del coccige
10. Resezione del coccige
11. Incisione di un ascesso perinefritico
12. Operazione di una fistola uretrale
13. Intervento chirurgico, non cruento, sulla vescica (ad es. : estrazione di un corpo estraneo o di un piccolo tumore)
14. Asportazione di osteosintesi

15. Varicocele, idrocele
16. Epididimectomia
17. Operazione per criptorchidia o ectopia del testicolo
18. Laparoscopia semplice
19. Operazione di un tumore del seno
20. Chemionucleolisi per ernia del disco
21. Operazione del solco del carpo

AB. 2 - Oftalmologia

1. Plastica di una palpebra parzialmente aderente al globo oculare
2. Operazione di un pterigion
3. Sutura di una lesione della cornea o della sclerotica
4. Iridotomia
5. Trattamento di un prolasso dell'iride o del corpo ciliare
6. Aspirazione di un corpo vitreo

AB. 3 - Otorinolaringoiatria

1. Tonsillectomia
2. Chiusura plastica, mediante lembo, di una fistola retroauricolare o di una fistola nel seno mascellare

3. Plastica del padiglione auricolare

AB. 4 - Ginecologia

1. Raschiamento dell'utero

2. Insufflazione tubo-uterina e/o iniezione di prodotti di contrasto per isterosalpingografia

3. Operazione plastica sul collo dell'utero

4. Amputazione del collo dell'utero

B. CATEGORIA B

(Ammontare massimo : BFR 26 180)

B. 1 - Chirurgia

1. Trapianto cutaneo o di lembi cutanei, difficile

2. Trapianto d'un osso

3. Operazione di un aneurisma

4. Embolectomia arteriale

5. Resezione del simpatico lombare

6. Resezione del simpatico toracico

7. Operazione completa della retrazione palmare di Dupuytren

8. Resezione di un'articolazione del mascellare, della mano o del piede

9. Artroplastica di un'articolazione del mascellare, della mano o del piede

10. Intervento chirurgico su un'articolazione del mascellare
11. Estrazione di un corpo estraneo da un'articolazione della spalla, del gomito o del ginocchio
12. Operazione del menisco
13. Operazione di una lussazione recidivante della spalla o del ginocchio
14. Osteotomia di un piccolo osso con trapianto del tendine
15. Riduzione di una frattura di una vertebra
16. Riduzione operatoria di una frattura della clavicola
17. Riduzione di una frattura del femore
18. Riduzione e cerchiatura di una frattura della rotula
19. Riduzione operatoria di una frattura del braccio, dell'avambraccio o della gamba (tibia e/o perone)
20. Riduzione operatoria di una frattura del carpo o del tarso
21. Operazione di una pseudartrosi
22. Operazione di una frattura guarita con spostamento
23. Riduzione di una lussazione dell'anca
24. Riduzione di una lussazione di una vertebra

25. Disarticolazione del braccio
26. Disarticolazione della coscia
27. Disarticolazione dell'avambraccio o della gamba (tibia e/o perone)
28. Disarticolazione della mano o del piede
29. Amputazione del braccio
30. Amputazione della coscia
31. Amputazione dell'avambraccio o della gamba (tibia e/o peroneo)
32. Riduzione di una frattura di due ossa dell'avambraccio
33. Amputazione del metacarpo o metatarso
34. Apertura della scatola cranica con puntura del cervello
35. Rifacimento del naso
36. Operazione del labbro leporino complicato
37. Resezione parziale della lingua
38. Laringotomia
39. Resezione parziale della laringe
40. Amputazione semplice di una mammella
41. Laparotomia esplorativa o laparoscopia con intervento
42. Appendicectomia

43. Apertura di un ascesso nella cavità addominale
44. Apertura di un ascesso sottofrenico
45. Operazione di un'ernia inguinale o crurale
46. Operazione di un'ernia semplice, ombelicale o della linea alba
47. Operazione di uno sventramento
48. Apertura di una stenosi del retto
49. Operazione di un prolasso rettale con apertura della cavità addominale
50. Operazione plastica muscolare per insufficienza dello sfintere anale
51. Elettroresezione della prostata o del collo della vescica (prostatectomia endoscopica)
52. Lombotomia esplorativa
53. Decapsulazione renale
54. Nefrotomia
55. Drenaggio renale
56. Nefropessi
57. Operazione della vescica per via sovrapubica
58. Operazione per una lesione della vescica
59. Apertura del cavo ischiorettale
60. Estrazione di un corpo estraneo dall'uretra per via cruenta

61. Ureterotomia perineale
62. Sutura dell'uretra
63. Plastica dell'uretra
64. Litotripsia ed evacuazione di un calcolo vescicale sotto controllo visivo, per ogni seduta
65. Estirpazione per via endovescicale d'un grande tumore della vescica, per ogni seduta
66. Cistectomia parziale
67. Estrazione di un calcolo uretrale mediante sonda lasso
68. Operazione per insediamento di un pacemaker
69. Sutura nervosa
70. Operazione di un prolasso rettale
71. Operazione delle emorroidi
72. Estirpazione delle varici per via cruenta
73. Interventi classificati nella categoria A, ma combinati o complicati

B. 2 - Oftalmologia

1. Estrazione di un corpo estraneo dalla cavità oculare
2. Estirpazione di un tumore dalla cavità oculare
3. Estirpazione di un tumore dalla cornea

4. Operazione di un sacco lacrimale secondo Toti
5. Operazione di una ptosi
6. Plastica di una palpebra parzialmente conservata
7. Plastica di una palpebra completamente aderente al globo oculare
8. Operazione sui muscoli del globo oculare per correzione dello strabismo
9. Plastica della cornea
10. Operazione per un'anomalia della cornea
11. Operazione per malattia o lesione del cristallino
12. Ciclodialisi, iridectomia od operazione fistolizzante, o operazione del glaucoma
13. Operazione per evitare uno scollamento della retina
14. Enucleazione del globo oculare
15. Escissione del nervo ottico
16. Interventi classificati nella categoria A, ma combinati o complicati

B. 3 - Otorinolaringoiatria

1. Resezione endonasale di un'ostruzione coanale ossea
2. Trapanazione o svuotamento di un seno nasale per via endonasale

3. Operazione radicale su un seno mascellare o frontale
4. Estirpazione di un fibroma naso-faringeo
5. Operazione di un sacco lacrimale per via endonasale secondo West
6. Broncoscopia o esofagoscopia con estrazione di un corpo estraneo dalla trachea e dai suoi rami o dall'esofago
7. Trapanazione dell'osso mastoide
8. Operazione di un tumore dell'orecchio medio
9. Timpanoplastica
10. Resezione sottomucosa del setto
11. Interventi classificati nella categoria A, ma combinati o complicati

B. 4 - Ginecologia

1. Isteropessia
2. Operazione di una lacerazione completa del perineo
3. Colporaffia, con o senza perinoeraffia
4. Operazione ad un prolasso genitale
5. Estirpazione di un fibroma uterino per via vaginale
6. Miemectomia per via vaginale od addominale
7. Annessiectomia unilaterale

8. Operazione per incontinenza d'urina della donna
9. Parto cesareo
10. Parto distocico (con ventosa o forcipe)
11. Interventi classificati nella categoria A, ma combinati o complicati

C. CATEGORIA C

(Ammontare massimo : BFR 75 616)

C. 1 - Chirurgia

1. Operazione di un'anomalia dell'arteria
2. Resezione di un'articolazione della spalla, del gomito, del ginocchio o dell'anca
3. Artroplastica di un'articolazione della spalla, del gomito o del ginocchio
4. Artroplastica del cavo cotiloideo
5. Intervento chirurgico su un'articolazione dell'anca
6. Riparazione dei legamenti del ginocchio
7. Operazione di una frattura del collo del femore
8. Disarticolazione della cintura scapolare
9. Operazione di una frattura del cranio
10. Resezione unilaterale o totale di un mascellare

11. Plastica al velo del palato
12. Resezione completa della lingua
13. Estirpazione di una ghiandola salivare
14. Plastica della laringe con spostamento delle corde vocali
15. Tiroidectomia totale o parziale
16. Amputazione di una mammella con svuotamento del cavo ascellare
17. Apertura del pericardio senza intervento sul cuore
18. Gastrectomia
19. Intervento chirurgico sulla vescicola biliare o sulle vie biliari
20. Intervento chirurgico su un organo della cavità addominale, mediante laparatomia (per esempio: gastroenterostomia, entero-anastomosi, rese-zioni intestinali, resezione della coda del pancreas, splenectomia)
21. Operazione di un'ernia strozzata con resezione intestinale
22. Operazione di un'ernia ombelicale o della linea alba, voluminosa o complicata
23. Operazione di uno sventramento, con plastica
24. Estirpazione del retto per via anale
25. Intervento chirurgico sull'uretere

26. Operazione di un'ernia diaframmatica
27. Estirpazione della prostata e delle vescicole seminali per via addominale
28. Apertura del bacinetto renale con estrazione di calcoli
29. Nefrectomia
30. Resezione di un polo renale o sezione dell'istmo del rene a ferro di cavallo
31. Plastica del bacinetto renale
32. Resezione parziale della vescica con trapianto di un uretere
33. Operazione plastica per incontinenza d'urina
34. Operazione dell'ernia del disco
35. Dilatazione transluminare delle arterie coronarie o altre
36. Distruzione dei calcoli urinari mediante onde d'urto extracorporee
37. Interventi classificati nella categoria B, ma combinati o complicati

2 - Oftalmologia

1. Plastica di una palpebra totalmente distrutta
2. Trapianto della cornea
3. Operazione della cataratta
4. Operazione di una lussazione del cristallino

5. Operazione di uno scollamento della retina
6. Coagulazione o fotocoagulazione di un tumore della retina o della coroide
7. Ricostruzione del canale lacrimale
8. Interventi classificati nella categoria B, ma combinati o complicati

C. 3 - Otorinolaringoiatria

1. Operazione radicale di più seni da uno stesso lato
2. Svuotamento petro-mastoideo
3. Fenestrazione o perazione sugli ossiculi dell'orecchio medio
4. Interventi classificati nella categoria B, ma combinati o complicati

C. 4 - Ginecologia

1. Isterectomia totale con o senza annessiectomia
2. Estirpazione dei due annessi
3. Isterectomia totale o sub-totale, senza annessiectomia, per via vaginale o addominale
4. Interventi classificati nella categoria B, ma combinati o complicati

D. CATEGORIA D

(Ammontare massimo : BFR 99 080)

D. 1 - Chirurgia

1. Protesi totale dell'anca
2. Apertura della scatola cranica con intervento chirurgico sul sistema nervoso centrale
3. Estirpazione di un tumore dal canale rachideo
4. Intervento chirurgico sul midollo spinale
5. Resezione unilaterale del mascellare con svuotamento dei territori linfatici
6. Apertura del pericardio con intervento sul cuore, compresi ponte esterno e innesto cardiaco
7. Pericardiectomia
8. Intervento chirurgico sui grandi vasi della cassa toracica
9. Estirpazione di un tumore del mediastino
10. Intervento chirurgico sull'esofago, per via toracica
11. Resezione della testa del pancreas o estirpazione del pancreas
12. Gastrectomia con resezione parziale di un organo vicino
13. Anastomosi porta-cava od operazione simile
14. Estirpazione addomino-perineale del retto

15. Pneumectomia
16. Laringectomia totale
17. Intervento chirurgico sul fegato
18. Interventi classificati nella categoria C, ma combinati o complicati

D. 2 - Oftalmologia

1. Interventi classificati nella categoria C, ma combinati o complicati

D. 3 - Otorinolaringoiatria

1. Svuotamento petro-mastoideo con apertura della scatola cranica
2. Trapanazione della sella turcica
3. Interventi classificati nella categoria C, ma combinati o complicati

D. 4 - Ginecologia

1. Operazione di una fistola vescico-vaginale o retto-vaginale
2. Operazione plastica per assenza totale della vagina
3. Interventi classificati nella categoria C, ma combinati o complicati

ALLEGATO III

TARIFFE PER IL RIMBORSO DELLE CURE E DELLE PROTESI DENTARIE

A. Cure dentarie

Le spese per le prestazioni elencate in appresso sono rimborsate all'80 %, per un importo massimo rimborsabile di :

Otturazione normale	BFR	1 200
Otturazione con devitalizzazione monoradicolare	BFR	1 600
Otturazione con devitalizzazione pluriradicolare	BFR	2 400
Estrazione normale	BFR	800
Estrazione con intervento chirurgico	BFR	1 600
Estrazione dente ritenuto	BFR	2 900
Apicectomia	BFR	2 400
Frenicectomia	BFR	1 600
Eliminazione completa del tartaro	BFR	640
Radiografia di un dente	BFR	512
Radiografia panoramica	BFR	1 600

Le prestazioni non previste nell'elenco sono rimborsate all'80 %, previo parere del dentista di fiducia.

B. PROTESI DENTARIE

1. Protesi fisse

Le spese per protesi fisse per le quali sia stata concessa un'autorizzazione su presentazione di un preventivo sono rimborsate all'80 %, per un importo massimo rimborsabile di :

Rimborso massimo per dente

Corona in oro con rivestimento in resina	BFR	7 500
Elemento di ponte in resina	BFR	7 500
Inlay in oro con falso moncone colato	BFR	7 500
Dente a perno semplice	BFR	7 500
Dente a perno Richmond o corona ceramico-metallica, Veneer o elemento di ponte ceramico-metallico	BFR	7 500
Elemento di ponte in oro e porcellana	BFR	7 500
Attacco a resilienza	BFR	7 500
Cerniera	BFR	3 900

2. Protesi amovibili

Dentiera completa sopra e sotto (14 denti, supporto in resina)	BFR	27 195
Dentiera parziale (supporto in resina)		
- supporto	BFR	6 040
- per dente	BFR	1 885
- per gancio	BFR	1 355
Supplemento per piastra metallo inox (per mascella o mandibola)	BFR	5 130
Supplemento per sistema a suzione (Lausap, Fixomatic, Vacuum, Matic ...)	BFR	5 130
Dentiera con armatura cromo-cobalto		
- base e ganci	BFR	12 585
- per dente	BFR	4 210

3. Riparazioni

- del supporto, in resina	BFR 2 420
- aggiunta di un dente, o gancio su supporto in resina	BFR 2 715
- rifacimento del supporto (per mascella o mandibola) (40% della dentiera completa)	BFR 10 810
- rifacimento della protesi (per mascella o mandibola) (75 % della dentiera completa)	BFR 20 400

4. Osservazioni per l'applicazione della tabella sulle protesi dentarie :

1) Nelle osservazioni previste dalla tabella precedente, le spese per protesi provvisorie sono rimborsate nel limite del 50 % del massimo stabilito per la stessa protesi definitiva eseguita in resina.

2) Le spese di riparazione, di rifacimento del supporto, di rimontaggio e di rinnovo della protesi che sono già state oggetto di un intervento del regime d'assicurazione-malattia possono essere rimborsate solo su autorizzazione preventiva, salvo per le riparazioni, in caso di urgenza debitamente accertata.

3) Le spese per il rilievo delle impronte e le prove di protesi amovibili fatturate a parte sono rimborsate conformemente alle disposizioni del punto VI, paragrafo 1 dell'allegato I.

ALLEGATO IV

TRATTAMENTI TERAPEUTICI

Gli elenchi che seguono comprendono i trattamenti terapeutici rimborsabili. Il numero massimo delle sedute rimborsabili per periodo di dodici mesi è specificato per ogni tipo di trattamento.

Dopo il rimborso le prescrizioni mediche sono classificate nel fascicolo medico dell'affiliato.

A. Trattamenti per i quali è necessaria una prescrizione medica che risalga a meno di sei mesi dalla data del primo trattamento.

Tipo di prestazione	Numero massimo di sedute rimborsabili per periodo di dodici mesi
1)	
Cinesiterapia)
Massaggi terapeutici)
Ginnastica medica)
Ginnastica pre e post parto)
Riattivazione funzioni motorie)
Rieducazione)
Meccanoterapia)
Trazioni)
Fanghi)
Idromassaggio)
Idroterapia)
Combinazioni dei trattamenti indicati sopra)

60

2)		
Fisioterapia)	
Elettroterapia)	
Correnti diadinamiche)	
Radar)	60
Ionizzazioni)	
Onde corte)	
Correnti speciali)	
Combinazioni dei vari trattamenti)	
3)		
Aerosolterapia)	
Inalazioni)	
Insufflazioni)	30
Irrigazioni)	
Nebulizzazioni - polverizzazioni)	
Combinazioni dei vari trattamenti)	
4)		
Raggi infrarossi)	40
)	
Ultrasuoni)	
5)		
Radiumterapia)	
Radioterapia)	
		numero
		illimi-
		tato di
		sedute
Röntgenterapia)	
6)		
Agopuntura effettuata da un medico)	30
Importo massimo rimborsabile BFR 900		

B. Trattamenti soggetti ad autorizzazione preventiva con prescrizione medica

Tipo di prestazione	Numero massimo di sedute rimborsabili per periodo di dodici mesi	
1) Laserterapia	20	
Raggi ultravioletti	40	
Chiroprassia	24	
Osteopatia	20	
Pedicure medica	12	
Mesoterapia	30	
Agopuntura (effettuata da una persona diversa da un medico)	30	
Importo massimo rimborsabile : BFR 900		
2) Psicoterapia - importo massimo rimborsabile :		
	BFR 1 800	
Psicanalisi - importo massimo rimborsabile :		
	BFR 1 800	
Logopedia)	60
Grafomotricità		
Ginnastica psicomotoria		