

Allegato Contributo N. 4**ELENCO INDICATIVO DI TIPOLOGIE DI SPESA PER LE FATTISPECIE DI CUI ALL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO**

| |
|--|
| Spese mediche specialistiche/riabilitative/odontoiatriche |
| Analisi sangue/feci/urine |
| Cure/Terapie aerosol |
| Cure/Terapie allergologiche |
| Cure/Terapie dermatologiche |
| Cure/Terapie dietetiche per patologie accertate |
| Cure fisioterapiche in generale (agopuntura, kinesiterapia, laserterapia, magnetoterapia, ultrasuonoterapia) |
| Cure oculistiche |
| Cure odontoiatriche, terapie ortodontiche e protesiche |
| Cure podologiche |
| Cure psicologiche |
| ECG / Elettrocardiogramma |
| Ecocardiografia |
| Ecodoppler |
| Ecografia |
| Ecotomografia |
| Elettromiografia |
| Esami citologici/Biopsie |
| Mammografia |
| Ortopedia |
| RM-RMN / Risonanza Magnetica Nucleare |
| RX / Radiografie |
| TC/TAC - Tomografia Computerizzata/Tomografia Assiale Computerizzata |
| Ultrasuonoterapia |
| Visita allergologica |
| Visita dermatologica |
| Visita diagnosi prenatale |
| Visita fisiatrica |
| Visita gastroenterologica |
| Visita ginecologica |
| Visita malattie infettive |
| Visita medicina dello sport |
| Visita medico-chirurgica generica |
| Visita neurochirurgica |
| Visita neurologica |
| Visita oculistica |

| |
|---|
| Visita odontoiatrica |
| Visita ortopedica |
| Visita otorinolaringoiatrica |
| Visita pediatrica |
| Visita psicologica |
| Strumentazioni medico/sanitarie per disabilità/deficit permanenti o temporanei |
| Busti ortopedici |
| Collare cervicale |
| Deambulatori |
| Ginocchiere |
| Lenti a contatto/occhiali |
| Plantari ortopedici |
| Rialzi water |
| Stampelle |
| Tutori |
| Spese funerarie |
| Costi del funerale inclusi: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Auto funebre • Trasferimento salma |