

Regolamento concernente il sussidio di cure ortodontiche per pazienti al beneficio delle prestazioni complementari all'AVS/AI

1. INFORMAZIONI GENERALI

I beneficiari di prestazioni complementari hanno diritto al rimborso delle spese di malattia e d'invalidità elencate nella relativa legge di applicazione (LaLPC).

Una partecipazione alle spese per cure ortodontiche è prevista nel caso in cui l'anomalia riscontrata si avvicina al limite delle condizioni previste nell'ambito dell'Assicurazione invalidità. Il presente regolamento ne disciplina i particolari.

2. CONDIZIONI

Un'eventuale partecipazione alle spese per trattamenti ortodontici può essere corrisposta unicamente se:

- all'inizio del trattamento il paziente è minorenne;
- la cura proposta aderisce ai criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità.

3. CRITERI CLINICI E CEFALOMETRICI:

Sono prese in considerazione le anomalie che soddisfano i seguenti criteri clinici e cefalometrici:

- a) Overjet di almeno 9 mm dopo l'eruzione degli incisivi permanenti, combinato con un angolo ANB di 7° o più.
- b) Occlusione a martello o morso incrociato anteriore di almeno due paia di antagonisti frontali della dentatura permanente, combinata con un angolo ANB di 1° o minore.
- c) Forte traumatizzazione della gengiva da parte degli antagonisti combinata con un angolo SpaSpp-MGo di 15° o minore.
- d) Beanza verticale degli incisivi dopo la loro completa eruzione combinata con un angolo SpaSpp-MGo di 37° o più.
- e) Agenesia di almeno 3 denti permanenti per arcata o due denti frontali, esclusi i denti del giudizio.
- f) Ritenzione grave di uno o più denti frontali permanenti, se non dovuta ad affollamento e non coperta dalla cifra 17 a 2 OPre.
- g) Gravi displasie che interessano i denti permanenti.
- h) Gravi anomalie dento mascellari che non rientrano nei precedenti criteri, che potrebbero pregiudicare lo sviluppo della dentatura e dello scheletro e che necessitano di una cura, possono essere oggetto di una domanda speciale.

Per anomalie che rientrano nelle cifre **a-g**, sono riconosciute le spese di documentazione (modelli in gesso, teleradiografia, ortopantomogramma, eventualmente fotografie) e di allestimento della domanda iniziale per un massimo di Fr. 700.-.

Nel caso in cui il piano di cura prevedesse più fasi (vedi punto n. 4), per ciascuna di essa saranno riconosciute solamente le spese per l'eventuale ulteriore diagnostica strettamente necessaria.

Per i casi alla lettera **h**, i costi per la diagnostica saranno rimborsati solamente se la Cassa dovesse accordare una partecipazione alle spese per il trattamento dell'anomalia riscontrata.

Apparecchi che privilegiano l'aspetto estetico (tecnica linguale, allineatori, attacchi in porcellana, ecc...), così come l'impianto di ancoraggio palatino, non sono riconosciuti.

4. COMPILAZIONE DEL FORMULARIO

La richiesta di rimborso è da inoltrare mediante l'apposito formulario "preventivo per cure ortodontiche", reperibile presso il nostro Ufficio. Qualora il piano di cura dovesse prevedere più fasi, ognuna di essa dovrà essere oggetto di una domanda separata, che verrà esaminata solo dopo la rivalutazione della precedente.

5. BENESTARE

Un preventivo dei costi approvato non è da considerarsi una garanzia della copertura dei costi. La persona assicurata può tuttavia partire dal presupposto che non vi saranno obiezioni di natura tecnica a qualsiasi trattamento corrispondente al preventivo dei costi approvato. Un rimborso integrale è possibile unicamente se lo ammette la quota disponibile, se non vi sono eccedenze negli introiti e se fundamentalmente esiste un diritto alla PC.

6. VARIAZIONI AL PREVENTIVO DI CURA

Nel caso in cui si dovesse presentare l'esigenza di dover apportare delle modifiche di una certa entità al piano di cura già approvato, la Cassa deve essere tempestivamente informata per l'eventuale approvazione.

6. FATTURAZIONE

La nota d'onorario deve essere intestata al paziente o, se del caso, al rispettivo rappresentante legale.

Le spese sono rimborsate, di regola, alla persona assicurata (sistema terzo garante).

Il decreto esecutivo concernente la LaLPC disciplina le eccezioni.

L'ortodontista curante è invitato a fatturare le prestazioni a scadenze semestrali.

7. RELAZIONE CON LE PRESTAZIONI DI ALTRE ASSICURAZIONI

Un diritto al rimborso delle spese può essere fatto valere nella misura in cui tali spese non siano già prese a carico da parte di altre assicurazioni.

L'ortodontista curante accerta e comunica alla Cassa (mediante l'apposito formulario preventivo) l'esistenza o meno di altre forme di copertura dei costi da parte di altre assicurazioni, in particolare dell'Assicurazione Invalidità, dell'Assicurazioni infortuni, dell'Assicurazione malattia LAMal e di Assicurazioni facoltative LCA.

Entrata in vigore: 1. gennaio 2018

Bellinzona, 5 febbraio 2018

Istituto delle assicurazioni sociali
Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG
Ufficio delle prestazioni
La Capo Ufficio

Avv. Anna Trisconi Rossetti