

TARIFFARIO AZIENDALE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE NON A CARICO DEL SSN (EXTRA L.E.A.)

(DELIBERAZIONE N. 369 DEL 17/07/2023)

codice	descrizione prestazione	intensità	costo prestazione	durata (minuti)
244	ASPORTAZIONE LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA/NECROSI OSTEITI MASCELLARI	ALTA	€ 150,00	60
762	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE LESIONE OSSA FACCIALI/CISTI	ALTA	€ 150,00	60
2271	CHIUSURA FISTOLA ORO-ANTRALE	ALTA	€ 150,00	60
2301	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	BASSA	€ 60,00	30
2309B	ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE IN UN'UNICA SEDUTA FINALIZZATA ALLA PROTESI MOBILE (FINO MAX 5 ELEM)	MEDIA	€ 100,00	45
2309	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	BASSA	€ 60,00	30
2311	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	BASSA	€ 60,00	30
2373	APICECTOMIA	ALTA	€ 150,00	60
2411	BIOPSIA DELLA GENGIVA	MEDIA	€ 70,00	30
2412	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	MEDIA	€ 70,00	30
2431	ASPORTAZIONE LESIONE O TESSUTO GENGIVA/EPULIDE	ALTA	€ 150,00	60
2501	AGOBIOPSIA DELLA LINGUA	MEDIA	€ 70,00	30
2591	FRENULECTOMIA LINGUALE	MEDIA	€ 100,00	45
2723	BIOPSIA DEL LABBRO	MEDIA	€ 70,00	30
2724	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	MEDIA	€ 70,00	30
2741	FRENULECTOMIA LABIALE	MEDIA	€ 100,00	45
2751	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	BASSA	€ 60,00	30
2752	SUTURA DI ALTRA PARTE BOCCA	BASSA	€ 60,00	30
7601	SEQUESTRECTOMIA OSSO FACCIALE	ALTA	€ 150,00	60
23201	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE (2 superfici)	BASSA	€ 60,00	30
23202	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE (3 superfici)	MEDIA	€ 90,00	45
23431	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	VISITA	€ 400,00	30
23432	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	VISITA	€ 100,00	30
23433	INSERZIONE PROTESI PROVVISORIA PER N. 1 ELEMENTO	BASSA	€ 30,00	15
23711	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	MEDIA	€ 110,00	45
23712	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	MEDIA	€ 140,00	60
24001	GENGIVECTOMIA SU 4 DENTI	MEDIA	€ 100,00	45
24201	GENGIVOPLASTICA/CHIRURGIA PARADONTALE PER SESTANTE/LEMBO	MEDIA	€ 130,00	60



24391	LEVIGATURA RADICI/CURETTAGE	BASSA	€ 90,00	45
24392	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	ALTA	€ 150,00	60
codice	descrizione prestazione	intensità	costo prestazione	durata (minuti)
24701	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI (1 anno di terapia)	VISITA	€ 250,00	15
24703	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI (1 anno di terapia)	VISITA	€ 250,00	15
24801	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	VISITA	€ 50,00	30
87122	RADIOGRAFIA DENTARIA	BASSA	€ 10,00	5
96541	ABLAZIONE TARTARO	BASSA	€ 35,00	45
96542	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE (x1)	BASSA	€ 30,00	15
96543	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	BASSA	€ 30,00	15
99971	SPLINTAGGIO PARODONTO PER GRUPPO DI 4 DENTI	BASSA	€ 90,00	45
99972	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	VISITA	€ 90,00	45
2309C	ESTRAZIONE DI DENTE INCLUSO COMPLESSO	ALTA	€ 180,00	60
8901E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE (CONTROLLO)	VISITA	€ 20,00	15
897B5	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE (PRIMA VISITA)	VISITA	€ 30,00	30
9735	RIMOZIONE CORONE ISOLATE	BASSA	€ 30,00	15

Le suddette tariffe saranno applicate alle prestazioni odontoiatriche, non a carico SSN, **a partire dalle prenotazioni effettuate dall'1/8/2023.**

Legnano, 31 luglio 2023

SC AREA ACCOGLIENZA
ASST OVEST MILANESE