

ALL. 3 – NOMENCLATORE TARIFFARIO INAIL

| NOMENCLATORE TARIFFARIO INAIL ¹ | | | | |
|---|---|-------|--|--|
| STRUTTURA SANITARIA Poliambulatorio CAF srl | | | | |
| PRESTAZIONI RIABILITATIVE INTEGRATIVE | | € | PRESTAZIONI EROGATE | |
| 1 | IDROMASSOTERAPIA 20 MN | 10,00 | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 2 | IPERtermia 15 MN | 15,00 | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 3 | GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA | 10,00 | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 4 | IONOFRESI 30 MN | 10,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5 | TRAZIONE VERTEBRALE MECCANICA 20 MN | 15,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6 | DIATERMIA AD ONDE CORTE O MICROONDE (RADAR TERAPIA) 15MN | 10,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7 | MASSOTERAPIA DISTRETTUALE REFLESSOGENA 15 MN | 15,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8 | ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA (INDIVIDUALE) ² 30 MN | 20,00 | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 9 | PRESSOTERAPIA 30 MN | 20,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10 | LASER TERAPIA ANTALGICA 10 MN | 18,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11 | ELETTROTHERAPIA ANTALGICA (TENS) 20 MN | 10,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12 | ULTRASUONOTERAPIA ³ 10 MN | 10,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13 | TECARTERAPIA MANUALE (CAPACITIVA E RESISTIVA) 30 MN | 30,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14 | LINFODRENAGGIO MANUALE 40 MN | 30,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15 | LASER TERAPIA AD ALTA POTENZA (H.I.L.T.) 15 MN | 18,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16 | ONDE D'URTO RADIALI | 40,00 | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 17 | BENDAGGIO FUNZIONALE (COMPRESO MATERIALE) | 20,00 | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 18 | TAPING NEUROMUSCOLARE (COMPRESO MATERIALE) | 15,00 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Data,10/08/2021

¹ Formato editabile. Compilare il campo di denominazione della struttura, della data ed evidenziare per tutte le 18 prestazioni, con la X nel campo SI quelle offerte e con la X nel campo NO quelle non disponibili.

² Rapporto paziente:terapista=1:1 e, in caso di prescrizione di esercizi passivi, necessario contatto diretto (il terapista può essere a bordo vasca solo se prescritti esercizi attivi e dopo averne verificato la corretta esecuzione).

³ Il manipolo deve essere utilizzato esclusivamente dal terapista.

⁴ Il documento può essere sottoscritto anche con firma digitale.