POSTEVITA FONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AI PIANI SANITARI 1-2-3.

FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Edizione Gennaio 2017

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita

SOMMARIO.

- Guida per gli Assistiti 3
  - Assistiti 4
  - Limiti di età 4
  - Periodo di carenza 4
  - Adesione del Datore al Piano Sanitario 1, 2 o 3 4
  - Decorrenza della copertura per gli Assistiti 5
  - Versamento dei contributi 5
  - Condizioni di inassistibilità (persone non coperte) 5
  - Prestazioni escluse 6
  - Modalità per fruire delle prestazioni dei Piani Sanitari 1, 2 o 3 6
  - Prestazioni sanitarie - Forma “indiretta” 6
  - Prestazioni sanitarie - Forma “diretta” 7
  - Modalità per usufruire della prestazione LTC dei Piani Sanitari 1, 2 o 3 8
  - Sospensioni del rapporto con il Datore e assenze prive di retribuzione o altra indennità piena 8
  - Reclami 8

- Piano Sanitario 1 10
  - Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 1 10
  - 1. Ricovero in istituto di cura per i grandi interventi chirurgici 11
  - 2. Indennità sostitutiva per i grandi interventi chirurgici 12
  - 3. Diagnostica di alta specializzazione 13
  - 4. Visite specialistiche ambulatoriali 13
  - 5. Mamma e bambino 14
  - 6. Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica 15
  - 7. Rendita vitalizia per non autosufficienza 16

- Piano Sanitario 2 18

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 2 18

1. Ricovero in istituto di cura per i grandi interventi chirurgici 19
2. Indennità sostitutiva per i grandi interventi chirurgici 20
3. Ricovero in istituto di cura per intervento diverso dai grandi interventi chirurgici 21
4. Diagnostica di alta specializzazione 22
5. Prestazioni di ultrasonografia 22
6. Visite specialistiche ambulatoriali 23
7. Ticket 24
8. Mamma e bambino 24
9. Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide 25
10. Prestazioni odontoiatriche 26
11. Rendita vitalizia per non autosufficienza 27

- Piano Sanitario 3 29

Nomenclatore delle garanzie incluse nel Piano Sanitario 3 29

1. Ricovero in istituto di cura per i grandi interventi chirurgici 30
2. Maggior comfort alberghiero per ricoveri nel SSN per i grandi interventi chirurgici 32
3. Indennità sostitutiva per i grandi interventi chirurgici 32
4. Ricovero in istituto di cura per intervento diverso dai grandi interventi chirurgici 33
5. Maggior comfort alberghiero per ricoveri nel SSN per intervento diverso dai grandi interventi chirurgici 34
6. Indennità sostitutiva per intervento diverso dai grandi interventi chirurgici 34
7. Ricovero senza intervento chirurgico 34
8. Diagnostica di alta specializzazione 35
9. Prestazioni di radiologia tradizionale e ultrasonografia 36
10. Visite specialistiche ambulatoriali 37
11. Ticket 37
12. Mamma e bambino 38
13. Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide 40
14. Prestazioni odontoiatriche 41
15. Rendita vitalizia per non autosufficienza 41

- Imposta di bollo su ricevute mediche 43

- Allegati 44

Allegato 1 Elenco grandi interventi chirurgici 44
Allegato 2 Elenco diagnostica di alta specializzazione 58
Allegato 3 Elenco prestazioni di ultrasonografia e di radiologia tradizionale 67
Allegato 4 Elenco prevenzione cardiovascolare - oncologica e del cancro alla tiroide 71
Allegato 5 Elenco prestazioni odontoiatriche 72
Allegato 6 Condizioni di non assistibilità garanzia rendita vitalizia per non autosufficienza 79
Allegato 7 Esclusioni assistibilità garanzia Long Term Care 80
Allegato 8 Prestazioni escluse dalle garanzie 81
Allegato 9 Glossario 82

GUIDA AI PIANI SANITARI 1-2-3.

Fondo di Assistenza
Sanitaria Integrativa Postevita.

La presente Guida è stata predisposta in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il Regolamento del Fondo né i contratti assicurativi intercorrenti tra Fondo medesimo e le compagnie. La Guida ne evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali e il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento, ivi incluso l'estratto delle condizioni generali di assicurazione, allegato.

Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il **"Fondo"**) è una forma di assistenza sanitaria complementare a gestione convenzionata, che affida la copertura delle prestazioni alle seguenti compagnie assicurative:

- la componente danni (malattia) a Poste Assicura S.p.A.;
- la componente vita (rendita in caso di non autosufficienza, **"LTC"**) a Poste Vita S.p.A.

Le prestazioni offerte dai Piani sanitari debbono intendersi garantite dal Fondo per il tramite delle predette compagnie assicurative, relativamente alla componente di loro competenza.

GUIDA PER GLI ASSISTITI.

La Guida illustra le prestazioni offerte dal Fondo attraverso i Piani sanitari 1, 2 e 3 e le procedure operative che gli Assistiti debbono seguire per accedervi. Per le definizioni utilizzate nel documento, salvo ove diversamente specificato, si rinvia a quanto indicato nel Glossario contenuto nell'Allegato 9.

Il Fondo si avvale di una rete di convenzionamenti diretti, messi a disposizione dalla compagnia Poste Assicura S.p.A. e stipulati con più di 4.000 strutture sanitarie presenti in tutto il territorio italiano (di seguito, il **"Network Convenzionato"**). Un collegamento telematico tra il Network Convenzionato e il Fondo consente di verificare l'assistibilità di ciascun interessato in tempo reale, 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno.

Il Network Convenzionato comprende varie tipologie di strutture sanitarie (ospedali, policlinici universitari, case di cura, centri odontoiatrici, poliambulatori diagnostici, day hospital, day surgery, centri fisiokinesi terapeutici e

laboratori di analisi) e vanta al suo interno le migliori strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale. È un network in rapido e continuo sviluppo, qualificato, di eccellenza e puntualmente presidiato.

Nelle strutture sanitarie convenzionate le prestazioni erogate sono a carico del Fondo, nei limiti ed entro i massimali previsti da ciascun Piano Sanitario. Di conseguenza, gli Assistiti possono fruire delle prestazioni, che rientrano nei suddetti limiti, senza effettuare alcun anticipo economico.
Per ottenere maggiori informazioni sulle garanzie del proprio Piano Sanitario, l'Assistito può telefonare al Contact Center del Fondo al numero verde 800.186.035 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 17.00.
Sul sito internet del Fondo, www.postevitafondosalute.it, gli Assistiti possono trovare tutti gli aggiornamenti e le novità relative ai Piani Sanitari.

ASSISTITI.

Possono aderire al Fondo, su richiesta, le entità giuridiche, quali aziende, associazioni o altre collettività in genere (d'ora in poi, per brevità, convenzionalmente denominate **"Datore"**), che intendano rendere i dipendenti o gli associati o i soggetti comunque appartenenti alle predette collettività (di seguito, per brevità, convenzionalmente denominati **"Dipendenti"** o "Dipendente" al singolare), fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo secondo le previsioni dello Statuto e del Regolamento del Fondo stesso.
I Piani sono rivolti esclusivamente a quanti abbiano un rapporto diretto con il Datore che ha perfezionato l'iscrizione al Fondo. I Dipendenti, possono estendere l'iscrizione anche ai componenti del proprio nucleo familiare. Per "Nucleo Familiare" si intende:

1. il coniuge;
2. il convivente more uxorio (coppie di fatto) da almeno un anno prima dell'inizio della copertura sanitaria;
3. i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi e sino al compimento del 26° anno di età, ove non totalmente inabili.

L'estensione al nucleo familiare, se richiesta, deve essere totale (cioè rivolta a tutti i componenti aventi le predette caratteristiche) e deve intervenire entro 2 mesi dall'adesione del Dipendente al Fondo o entro 2 mesi dalla modifica del numero dei componenti del nucleo familiare (es. matrimonio, nascita figlio, etc.).
Questi soggetti, assieme ai Dipendenti, di seguito sono definiti **"Assistiti"** o "Assistito" se al singolare.

LIMITI DI ETÀ.

La copertura vale per i Dipendenti di età massima non superiore a 70 anni, mentre per gli appartenenti al nucleo familiare di età massima non superiore a 65 anni. Quanti raggiungano l'età massima in vigenza di copertura sono assistiti fino al 31 dicembre dell'annualità in corso.

PERIODO DI CARENZA.

L'adesione al Fondo prevede, come da Regolamento, per tutte le prestazioni mediche e di LTC un periodo di carenza di 3 mesi, (la garanzia LTC solo in caso di non autosufficienza derivante da di infortunio non è soggetta, invece, ad alcun periodo di carenza), salvo diverso accordo scritto tra Fondo e Datore.

ADESIONE DEL DATORE AL PIANO SANITARIO 1, 2 O 3.

Le modalità di adesione al Piano Sanitario prescelto sono disciplinate dall'art. 2 del Regolamento, cui si fa espresso riferimento.

DECORRENZA DELLA COPERTURA PER GLI ASSISTITI.

L'assistibilità (copertura) dei Dipendenti iscritti ha effetto dalla data di decorrenza della copertura per il Datore. Per i nuovi ingressi la copertura ha effetto dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui il Datore comunica al Fondo i dati anagrafici del nuovo Dipendente (che vanti le caratteristiche richieste dal Regolamento per le adesioni collettive al Fondo). Per tutti gli Assistiti, la copertura termina, salvo recesso esercitato dal Datore, l'ultimo giorno di rapporto del Dipendente con il Datore.

Il Datore si impegna a comunicare tempestivamente al Fondo, tramite il sito internet e con le modalità ivi previste, i dati anagrafici di nuovi Dipendenti delle categorie iscritte, nei cui riguardi deve essere attivata l'assistenza e degli Assistiti, nei cui confronti si interrompe la copertura.

VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI.

Il Datore si impegna a versare trimestralmente, in via posticipata, i contributi dovuti secondo le previsioni indicate nella presente Guida. Il versamento trimestrale comprende il rateo relativo al contributo dovuto al Fondo da parte dei Dipendenti e, eventualmente, del nucleo familiare, nonché il rateo del contributo della quota di partecipazione, se dovuta.

Il versamento dei contributi, va effettuato da parte del Datore, mediante SDD o bonifico bancario, entro il giorno 15 del mese successivo alla scadenza trimestrale (15/04, 15/07, 15/10, 15/01). Per trimestri si intendono i periodi: gennaio - marzo; aprile - giugno; luglio - settembre; ottobre - dicembre dell'anno di riferimento.

Il giorno 15 dell'ultimo mese di ogni trimestre (es. 15/3, 15/6, 15/9, 15/12), il Fondo attiva e rende disponibile sul proprio portale web (nell'area riservata "aziende", per accedere alla quale sono necessari codice e password personale del Datore) la relativa distinta di pagamento. La distinta evidenzia, per il trimestre trascorso, i contributi che il Fondo deve ricevere da parte del Datore in relazione alla situazione in anagrafica dei propri Assistiti: è onere del Datore controllare se la distinta è coerente con le trattenute effettuate e con le eventuali segnalazioni fornite dai Dipendenti (iscrizioni/cessazioni/composizione nucleo familiare).

Il Datore può effettuare sul sito web del Fondo eventuali modifiche all'anagrafica dei Dipendenti entro l'ultimo giorno del trimestre (es. 31/3, 30/6, 30/9, 31/12). Scaduto detto termine la modifica al trimestre di riferimento non è più effettuabile.

Il Fondo, in caso di inesattezza, incompletezza od omissione del versamento, contatta tempestivamente il Datore, ai fini della regolarizzazione del pagamento dovuto. Trascorsi 10 giorni dalla data in cui andava effettuato il versamento, ove ne perduri l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, il Fondo (e le relative compagnie assicurative) interrompe l'erogazione di tutte le prestazioni connesse al Piano Sanitario di riferimento.

Il ritardato pagamento dei contributi dovuti per un periodo continuativo di oltre un trimestre comporta la valutazione da parte del Consiglio di Amministrazione del Fondo dell'esclusione del Datore e, conseguentemente, anche della cessazione dell'assistenza di tutti i suoi Dipendenti e loro Nuclei Familiari, fermo restando l'obbligo di versamento dei contributi pregressi dovuti. Il Fondo si riserva la facoltà di informare gli Assistiti dell'esclusione dal Fondo del Datore.

CONDIZIONI DI INASSISTIBILITÀ (PERSONE NON COPERTE).

Ai fini dell'operatività della garanzia di LTC, al momento dell'adesione alla copertura, gli Assistiti non devono rientrare in una delle condizioni di non assistibilità previste dall'Allegato 6 alla Guida.
L'eventuale incasso del contributo, ove siano verificate le condizioni di cui all'Allegato 6, non costituisce deroga alla predetta regola. In questo caso il contributo versato relativamente a soggetto non assistibile è restituito e la garanzia non opera.

PRESTAZIONI ESCLUSE.

La copertura di talune prestazioni non è operante in alcuni specifici casi, stabiliti negli Allegati 7 e 8 alla Guida.

MODALITÀ PER FRUIRE DELLE PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI 1, 2 O 3.

Premesso che la richiesta delle prestazioni a favore dei componenti del nucleo familiare va effettuata dal Dipendente, a cui è attribuito il rimborso del caso, gli Assistiti ai Piani 1, 2 o 3 hanno la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie, diverse dalla non autosufficienza, mediante due modalità:

- FORMA "INDIRETTA": il Dipendente invia al Fondo le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute da lui o da un Assistito del nucleo familiare presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con il Fondo stesso. Sussistendone i presupposti, il Dipendente riceve il rimborso delle spese (nei limiti e secondo i massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto) mediante bonifico bancario, per il tramite della compagnia assicurativa incaricata;

- FORMA "DIRETTA": l'Assistito usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (Network Convenzionato). In questo caso:
  - se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto, l'Assistito non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato, al netto di eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili;
  - se il costo delle prestazioni supera i limiti e i massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto, l'Assistito deve pagare alla struttura sanitaria esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dal Piano Sanitario, oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.

Di seguito sono descritte le procedure che l'Assistito deve seguire nel caso in cui usufruisca delle prestazioni sanitarie in forma *"indiretta"* o in forma *"diretta".*

PRESTAZIONI SANITARIE FORMA "INDIRETTA".

Per richiedere al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dal Piano Sanitario prescelto, il Dipendente può procedere in modalità digitale. Nel dettaglio deve:

- accedere alla propria area riservata sul portale web del Fondo;
- entrare nel menù *richieste on-line* e, in base alla tipologia di richiesta, utilizzare il pulsante "inserisci nuova richiesta generica" o "inserisci nuova richiesta odontoiatrica";
- selezionare l'Assistito per il quale si sta inviando la richiesta;
- compilare i campi relativi alla fattura (numero, data, importo e partita IVA);
- caricare mediante "upload" la documentazione di spesa che attesti inequivocabilmente l'avvenuto pagamento delle prestazioni mediche e gli eventuali obblighi richiesti dal Fondo (la documentazione deve essere caricata come file in formato *jpg o pdf)*;

- in caso di richiesta generica, per ottenere:
  - il rimborso dell'indennità di ricovero: provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero;
  - il rimborso dell'indennità di ricovero, grandi interventi chirurgici (da ora in avanti GIC): provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero;
  - il rimborso dell'indennità sostitutiva parto: provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero;
  - il rimborso dell'indennità sostitutiva neonati: provvedere all'inserimento della data di inizio e di fine ricovero.

Le richieste acquisite nel portale pervengono direttamente a Poste Assicura, incaricata della valutazione dei rimborsi dovuti, secondo la specifica tipologia di Piano Sanitario.
Le richieste di rimborso relative alle spese sostenute vanno trasmesse al Fondo nel più breve tempo possibile e comunque entro 90 giorni dalla data indicata nel documento di spesa che attesti la prestazione ricevuta. In caso di più documenti di spesa relativi a una stessa garanzia va considerata la data indicata nel documento di spesa più recente.
Il pagamento dell'indennizzo interviene a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa.
Il rimborso delle spese interviene esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dal Dipendente in fase di iscrizione al Fondo.

PRESTAZIONI SANITARIE FORMA "DIRETTA".

Gli Assistiti che desiderano usufruire delle prestazioni sanitarie in forma "diretta" devono esibire un documento di riconoscimento o quanto espressamente richiesto dalle strutture convenzionate (Network Convenzionato), al fine di consentire loro di verificarne la regolare iscrizione al Fondo.
Dopo aver accertato l'assistibilità e, quindi, l'erogabilità delle prestazioni in forma "diretta", le strutture sanitarie convenzionate la erogano e anticipano le spese sostenute dagli Assistiti, nei limiti e nei massimali previsti dalle garanzie del Piano Sanitario prescelto.

L'Assistito, per usufruire della prestazione nella struttura sanitaria convenzionata, deve compilare un modulo, predisposto dal Fondo e rilasciato dalle strutture sanitarie, ove:

- dichiara di essere a conoscenza che il Fondo opera a gestione convenzionata e che le coperture sanitarie sono affidate alla compagnia Poste Assicura S.p.A.;
- si obbliga a saldare direttamente all'Istituto di cura e ai medici convenzionati tutte le prestazioni non contemplate nel Piano Sanitario e qualsiasi eccedenza a suo carico, compresi eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili;
- scioglie dal segreto professionale, nei confronti del Fondo, i medici-chirurghi che eseguono le prestazioni sanitarie in convenzione, acconsentendo all'eventuale invio da parte loro della relativa documentazione sanitaria alla compagnia assicurativa e/o al Fondo;
- fornisce il consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dal Regolamento 2016/679/UE(GDPR) sulla Privacy;
- si obbliga a rimborsare a posteriori le eventuali spese già liquidate che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, anche successiva all'erogazione delle prestazioni sanitarie stesse, risultino non contemplate dalle coperture previste.

In alcune strutture sanitarie convenzionate potrebbero operare medici che non hanno accettato il convenzionamento. In questi casi l'Assistito deve pagare la struttura sanitaria e richiedere il rimborso in forma indiretta.

MODALITÀ PER USUFRUIRE DELLA PRESTAZIONE LTC DEI PIANI SANITARI 1, 2 O 3.

Per richiedere l'erogazione della prestazione LTC, al verificarsi della condizione di non autosufficienza, l'Assistito deve presentare la denuncia direttamente alla Compagnia Poste Vita S.p.A., soggetto a cui è demandata l'erogazione delle prestazioni.

Il modulo di "denuncia dello stato di non autosufficienza", direttamente scaricabile dal sito www.postevitafondosalute.it, deve essere compilato in ogni sua parte, secondo le istruzioni presenti nel modulo stesso. Il dettaglio della documentazione da allegare al modulo di "denuncia dello stato di non autosufficienza" è esplicitato nella sezione del presente documento relativa alla garanzia "rendita vitalizia in caso di non autosufficienza" (LTC).

Tutta la documentazione necessaria, correttamente compilata e firmata, va inviata in formato cartaceo mediante raccomandata a/r a:

POSTE VITA S.P.A.
VIALE EUROPA 190 - 00144 ROMA (RM)

L'erogazione della rendita, in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, avviene esclusivamente mediante bonifico bancario.

Per ulteriori informazioni sull'erogazione della rendita gli Assistiti possono telefonare al
Contact Center di Poste Vita S.p.A. al numero verde 800.31.61.81
attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.30 alle 17.00 e il sabato dalle ore 09.30 alle 13.30.

SOSPENSIONI DEL RAPPORTO CON IL DATORE E ASSENZE PRIVE DI RETRIBUZIONE O ALTRA INDENNITÀ PIENA.

Nei casi di sospensione del rapporto con il Datore o di assenze, intervenute a titolo discrezionale da parte del Dipendente, con conseguente perdita del diritto all'ordinario trattamento retributivo pieno (100%) o ad altra qualsivoglia indennità economica per un periodo continuativo pari o superiore a un mese, sempre che le assenze non derivino da un suo diritto previsto dalla normativa *pro tempore* applicabile (quali, in via esemplificativa e non esaustiva, le assenze verificatesi per aspettative o permessi, a qualsiasi titolo, assenze per malattia, sospensioni dal lavoro, cassa integrazione guadagni), il diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione, sono sospesi, salvo che la fonte collettiva dell'adesione non disponga la continuità di attribuzione al Fondo dell'ordinaria contribuzione piena.

La predetta sospensione di prestazioni e contribuzione si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel corso del quale si determinano le condizioni di cui sopra. Il ripristino del diritto alle prestazioni e l'obbligo della contribuzione riprendono dal primo giorno del mese in cui il trattamento retributivo torna a essere pieno. Il Datore comunica al Fondo, tramite il sito internet del Fondo stesso, il verificarsi dei sopracitati eventi e si impegna ad informare altresì il Dipendente della sospensione delle prestazioni.

RECLAMI.

Per presentare reclami relativi alle liquidazioni delle richieste di rimborso occorre inviare apposita comunicazione a Poste Assicura S.p.A., Ufficio Customer Care, Viale Europa 190, 00144 Roma, fax al n° 06.5492.4402. È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@poste-assicura.it**

Per presentare reclami relativi alla garanzia LTC (erogazione rendita ecc.), va inviata apposita comunicazione scritta a Poste Vita S.p.A. - Ufficio Customer Experience e Assistenza Clienti, Viale Europa 190, 00144 Roma, fax al n° 06.5492.4426. È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@postevita.it**

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

c) breve descrizione del motivo di lamentela;

d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro da essa fornito;

e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finservicesretail/finnet/index_en.htm).

In relazione alle controversie inerenti al presente rapporto, permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale, ai sensi di legge.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa dall'italiana, gli eventuali reclami vanno rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

Per presentare reclami al Fondo, diversi da quelli relativi alle attività di liquidazione, inviare apposita comunicazione scritta all'indirizzo della sede operativa: Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, Reclami, Viale Europa 175, 00144 - Roma.

1 PIANO SANITARIO 1.

NOMENCLATORE DELLE GARANZIE INCLUSE NEL PIANO SANITARIO 1.

I seguenti paragrafi sono stati predisposti in modo da costituire un agile strumento esplicativo per gli Assistiti; in nessun caso, tuttavia, sostituiscono l'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione consegnate a ciascun Assistito, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Il Piano 1 prevede le seguenti garanzie:

1. Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici
2. Indennità sostitutiva giornaliera per i Grandi Interventi Chirurgici
3. Diagnostica di Alta Specializzazione
4. Visite specialistiche ambulatoriali
5. Mamma e Bambino
6. Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica
7. Rendita vitalizia per non autosufficienza

1.
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario 1, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 90.000**
Massimo rimborso per evento	**€ 20.000**
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio) **Diritti di sala operatoria** **Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento** (endoprotesi) **Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero**	**Rimborsabile nei limiti del massimale, applicazione di una franchigia di € 1.000**
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno**
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 70 al giorno** **Max 30 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 60 al giorno** **Max 30 giorni per ricovero**
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	**Scoperto 15%** **Massimo rimborsabile € 1.000 per ricovero**

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero nonché prestazioni sanitarie nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), **purché correlate all'intervento** **In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi**	**Massimo Rimborso per anno/assistito € 2.000** **Massimo Rimborso per evento € 1.000** **Nelle strutture convenzionate scoperto 15%** **Fuori dalle strutture convenzionate scoperto 40%**

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito sono corrisposte anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei Grandi Interventi Chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

Il rimborso connesso a questa prestazione può avvenire:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", in caso di **ricovero in istituto di cura per i grandi interventi chirurgici,** seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica;
- copia della richiesta del medico con descrizione dell'intervento da eseguire.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche post-ricovero, seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

2.
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario 1, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'Assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	**Fino a € 100 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 30 giorni per ciascun ricovero**

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

Questa prestazione può avvenire in sola forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della cartella clinica.

La garanzia si applica solo se è stata compiuta questa singola scelta; diversamente si applicano le condizioni descritte dalla garanzia "ricovero in istituto di cura per i grandi interventi chirurgici".

3.
DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.

Per usufruire della garanzia in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
La garanzia è applicata con i limiti e alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/assistito	**€ 2.000**
Quote di rimborso	
• Nelle strutture sanitarie convenzionate	**Scoperto 30% Minimo non indennizzabile di € 40 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia**
• Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate	**Scoperto 50% Minimo non indennizzabile di € 80 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia**

Per il dettaglio della diagnostica di alta specializzazione si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 2).

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

4.
VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.

È previsto il rimborso per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio (escluse le visite odontoiatriche). Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.
Per il rimborso della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e/o ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, deve risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è applicata con i limiti e alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/assistito	**€ 500**
Massimo Rimborso per visita specialistica	**€ 50**

Il rimborso di tale garanzia può avvenire:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite, da cui risulti in maniera inequivocabile il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha eseguito la prestazione;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

5.
MAMMA E BAMBINO.

Per il rimborso delle spese sostenute per ecografie effettuate durante la gravidanza, la spesa stessa deve essere comprovata da idonea certificazione medica.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti e alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
ACCERTAMENTI PRE PARTO	
Massimo Rimborso per anno/assistito per ecografie effettuate durante la gravidanza (comprovata da idonea certificazione medica)	**€ 300**
Quote di rimborso (per ecografie)	
• **Nelle strutture sanitarie convenzionate**	**Scoperto 30% Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**
• **Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate** (o personale non convenzionato)	**Scoperto 50% Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER IL PARTO	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	**Fino a € 40 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 7 giorni**
NEONATO	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	**Fino a € 3.000 all'anno per assistito**

Il rimborso di tale garanzia può avvenire:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

In caso di accertamenti pre parto (ecografie), l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia del certificato di gravidanza rilasciato dal medico curante.

In caso di indennità sostitutiva ricovero parto, l'Assistito per ottenere il rimborso, seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della cartella clinica.

In caso di garanzia neonato, l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni del paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

La garanzia si applica fino al compimento del primo anno di età.

6.
PRESTAZIONI DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per assistito	**€ 150 ogni 2 anni Solo per Assistiti con età superiore a 45 anni**

	Le prestazioni previste effettuabili solo in forma diretta, devono essere effettuate in un'unica soluzione
Quote di rimborso	**Scoperto 15% - Minimo non indennizzabile € 25 per prestazione, da applicarsi separatamente all'ecografia prostatica, alla mammografia bilaterale e all'insieme di tutte le altre prestazioni**

Per il dettaglio della prevenzione cardiovascolare e oncologica si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 4).

La prestazione può avvenire solo in "forma diretta" ed è riconoscibile ogni 2 anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

In caso di prevenzione cardiovascolare e oncologica, è necessario recarsi presso la struttura sanitaria convenzionata con copia della prescrizione medica.

7.
RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA

È riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE,...) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assistito è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;

- vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;

- nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assistito è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;

- spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da diritto all'Assistito di richiedere la corresponsione della rendita mensile posticipata.

L'Assistito, una volta all'anno, secondo le modalità comunicate in fase di erogazione della rendita, è tenuto a trasmettere il certificato di permanenza in vita alla compagnia Poste Vita S.p.A. e al Fondo.

RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)	
Rendita annua/assistito	**€ 12.000, per anno/persona (€ 1.000 al mese)**

Per il dettaglio delle condizioni di assistibilità e delle esclusioni della garanzia per non autosufficienza si vedano gli elenchi disponibili in allegato (Allegati 6 e 7).

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'Assistito, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazione LTC (non autosufficienza)", deve inviare:

- il "Modulo Denuncia dello stato di non autosufficienza" compilato dall'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura dell'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura del medico curante;
- la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza.

La prestazione di rendita è corrisposta se, trascorsi 60 giorni a partire dalla data di denuncia, perdura lo stato di "non autosufficienza".

2 PIANO SANITARIO 2.

NOMENCLATORE DELLE GARANZIE INCLUSE NEL PIANO SANITARIO 2.

I seguenti paragrafi sono stati predisposti in modo da costituire un agile strumento esplicativo per gli Assistiti; in nessun caso, tuttavia, sostituiscono l'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione consegnate a ciascun Assistito, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Il Piano 2 prevede le seguenti garanzie:

1. Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici
2. Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici
3. Ricovero in Istituto di cura per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici
4. Diagnostica di Alta Specializzazione
5. Prestazioni di ultrasonografia
6. Visite specialistiche ambulatoriali
7. Ticket
8. Mamma e Bambino
9. Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide
10. Prestazioni odontoiatriche
11. Rendita vitalizia per non autosufficienza

1.
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 100.000**
Massimo rimborso per evento	**€ 50.000**
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio) **Diritti di sala operatoria** **Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento** (endoprotesi) **Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero**	**Rimborsabile nei limiti del massimale, applicazione di una franchigia di € 1.000**
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno in strutture non convenzionate (senza massimale in caso di ricovero in strutture convenzionate)**
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 70 al giorno Max 30 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 60 al giorno Max 30 giorni per ricovero**
Viaggio e trasporto dell'assistito e di un accompagnatore da e all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	**Massimo rimborsabile € 1.000 per ricovero**

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, nonché per le prestazioni sanitarie nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), **purché correlate all'intervento** **In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi**	**Massimo Rimborso per anno/assistito € 4.000** **Massimo Rimborso per evento € 2.000** **Nelle strutture convenzionate scoperto 15%** **Fuori dalle strutture convenzionate scoperto 25%**

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito sono corrisposte anche:
- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

La prestazione può avvenire:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", in caso di ricovero per malattia o infortunio con grande intervento chirurgico, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche pre-ricovero, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della richiesta del medico con descrizione dell'intervento da eseguire.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche post-ricovero, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

2.
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'Assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	**Fino a € 120 per ogni giorno di ricovero con pernottamento. Max 30 giorni per ciascun ricovero**

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

La prestazione interviene solamente in forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della cartella clinica.

La garanzia si applica quando l'Assistito non richiede il rimborso al Fondo delle spese di ricovero.

3.
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO DIVERSO DAI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

In caso di ricovero dell'Assistito comportante almeno un pernottamento per un intervento chirurgico diverso da quelli compresi nell' Allegato 1, la garanzia in oggetto è applicata con i limiti e alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 30.000**
Massimo rimborso per evento	**€ 8.000**
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio) **Diritti di sala operatoria** **Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento** (endoprotesi) **Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero**	**Rimborsabile nei limiti del massimale, applicazione di una franchigia di € 1.000**
Retta di degenza (compreso il caso di ricovero in terapia intensiva, non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno nelle strutture non convenzionate (senza massimale in caso di ricovero in strutture convenzionate)**
Retta dell'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 50 al giorno** **Max 15 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 40 al giorno** **Max 15 giorni per ricovero**

La prestazione interviene:
- in “forma indiretta”

oppure
- in “forma diretta”

L’Assistito per ottenere il rimborso in “forma indiretta”, in caso di ricovero per malattia o infortunio con grande intervento chirurgico, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo “Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario”, deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

4. DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.

Per usufruire della prestazione in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che rende necessaria la prestazione stessa.
La garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 2.500**
Quote di rimborso	
• Nelle strutture sanitarie convenzionate	**Scoperto 20% Minimo non indennizzabile di € 25 per ogni prestazione**
• Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate	**Scoperto 40% Minimo non indennizzabile di € 70 per ogni prestazione**

Per il dettaglio della diagnostica di alta specializzazione si veda l’elenco disponibile in allegato (Allegato 2).

La prestazione interviene:
- in “forma indiretta”

oppure
- in “forma diretta”

L’Assistito per ottenere il rimborso in “forma indiretta”, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo “Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario”, deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

5. PRESTAZIONI DI ULTRASONOGRAFIA.

Per usufruire della prestazione in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Il Piano Sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per prestazioni di ultrasonografia previste nell'Allegato 3, fino ad un massimo, per ciascuna singola prestazione, indicato nell'Allegato stesso.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Prestazioni di ultrasonografia	**Rimborso massimo per ogni singola prestazione in misura e nei limiti del Nomenclatore Tariffario (riportato nell' Allegato 3)**
Quote di rimborso	
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 1.000**

Per il dettaglio delle prestazioni di ultrasonografia previste dal Piano Sanitario 2, si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 3).

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

6.
VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.

È previsto il rimborso per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, (escluse le visite odontoiatriche). Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica, volta ad accertare la presenza di un'eventuale patologia.
Per il rimborso è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che rende necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e/o ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, deve risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 700**
Massimo Rimborso per visita specialistica	**€ 50**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite, da cui risulti in maniera inequivocabile il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha eseguito la prestazione;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

7.
TICKET

È previsto il rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 300**
Massimo Rimborso per ticket	**€ 40**

La prestazione interviene in forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia del ticket;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

8.
MAMMA E BAMBINO.

Per il rimborso delle spese sostenute per ecografie effettuate durante la gravidanza, la gravidanza stessa va comprovata con idonea certificazione medica.
La garanzia in oggetto è applicata con i limiti e alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
ACCERTAMENTI PRE PARTO	
Massimo Rimborso per anno/Assistito per Ecografie e Sca Test effettuate durante la gravidanza (su prescrizione medica riferita a esami per gravidanza)	**€ 600**
Quote di rimborso (per accertamenti pre parto)	
• **Nelle strutture sanitarie convenzionate**	**Scoperto 20%. Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**
• **Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate** (o personale non convenzionato)	**Scoperto 40%. Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER IL PARTO	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	**Fino a € 80 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 7 giorni**

NEONATO	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	**Fino a € 4.000 all'anno per assistito**
Indennità per assistenza in ricovero del neonato effettuato durante i primi 30 giorni di vita a seguito di patologia accertata da certificazione medica	**Fino a € 30 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 10 giorni**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

In caso di accertamenti pre-parto (ecografie, Sca Test), l'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della prescrizione medica riferita a esami per gravidanza;
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia del certificato di gravidanza rilasciato dal medico curante.

In caso di indennità sostitutiva ricovero parto, l'Assistito per ottenere il rimborso, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità previste per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della cartella clinica.

In caso di garanzia neonato, l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

Tale garanzia si applica fino al compimento del primo anno di età.

9.
PRESTAZIONI DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA E DEL CANCRO ALLA TIROIDE.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per Assistito per prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica	**€ 170 ogni 2 anni. Solo per Assistiti con età superiore a 45 anni Le prestazioni previste effettuabili solo in forma diretta, devono essere effettuate in un'unica soluzione**
Massimo Rimborso per Assistito per prestazioni di prevenzione cancro alla tiroide (TSH, ecografia tiroidea)	**€ 80 ogni 2 anni. Solo per Assistiti con età superiore a 45 anni Le prestazioni previste effettuabili solo in forma diretta**
Quote di rimborso	**Scoperto 15% - Minimo non indennizzabile € 25 per prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica da applicarsi separatamente all'ecografia prostatica, alla mammografia bilaterale e all'insieme di tutte le altre prestazioni** **Scoperto 15% - Minimo non indennizzabile € 25 per prestazioni di prevenzione cancro alla tiroide, da applicarsi congiuntamente per TSH/ecografia tiroidea**

Per il dettaglio della prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro della tiroide si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 4).

La prestazione interviene solo in "forma diretta" ed è riconoscibile ogni 2 anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

10.
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.

Il Piano Sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche di cui all'Allegato 5, fino ad un massimo, per ciascuna singola prestazione, indicato nell'Allegato stesso.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Prestazioni odontoiatriche	**Rimborso massimo previsto per ogni singola prestazione come riportato nell' Allegato 5** **Massimale annuo per Assistito pari a € 2.000**
Seduta di igiene orale professionale	**Rimborso totale Max 1 volta all'anno**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite.

11.
RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA.

È riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE,...) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assistito è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;

- vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;
- nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assistito è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;

- spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da diritto all'Assistito di richiedere la corresponsione della rendita mensile posticipata.

L'Assistito, una volta all'anno, secondo le modalità comunicate in fase di erogazione della rendita, è tenuto a trasmettere alla compagnia Poste Vita S.p.A. e al Fondo il certificato di permanenza in vita.

RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)	
Rendita annua/Assistito	**€ 24.000, per anno/persona (€ 2.000 al mese)**

Per il dettaglio delle condizioni di assistibilità e delle esclusioni della garanzia per non auto sufficienza si vedano gli elenchi disponibili in allegato (Allegati 6 e 7).

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'Assistito, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazione LTC (non autosufficienza)", deve inviare:

- il "Modulo denuncia dello stato di non autosufficienza" compilato dall'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura dell'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura del medico curante;
- la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza.

La prestazione di rendita è corrisposta se, trascorsi 60 giorni a partire dalla data di denuncia, perdura lo stato di "non autosufficienza".

3 PIANO SANITARIO 3.

NOMENCLATORE DELLE GARANZIE INCLUSE NEL PIANO SANITARIO 3.

I seguenti paragrafi sono stati predisposti in modo da costituire un agile strumento esplicativo per gli Assistiti; in nessun caso tuttavia, sostituiscono l'estratto delle Condizioni Generali di Assicurazione consegnate a ciascun Assistito, delle quali evidenziano esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni Generali di Assicurazione restano, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente informativa.

Il Piano 3 prevede le seguenti garanzie:

1. Ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici
2. Maggior comfort alberghiero per ricoveri nel SSN per i Grandi Interventi Chirurgici
3. Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici
4. Ricovero in Istituto di cura per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici
5. Maggior comfort alberghiero per ricoveri nel SSN per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici
6. Indennità sostitutiva per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici
7. Ricovero senza intervento chirurgico
8. Diagnostica di Alta Specializzazione
9. Prestazioni di radiologia tradizionale e ultrasonografia

10. Visite specialistiche ambulatoriali
11. Ticket
12. Mamma e Bambino
13. Prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide
14. Prestazioni odontoiatriche
15. Rendita vitalizia per non autosufficienza

1.
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 100.000**
Massimo rimborso per evento	**€ 80.000**
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio) **Diritti di sala operatoria** **Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi)** **Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero**	**Rimborsabile nei limiti del massimale, applicazione di una franchigia di € 1.000**
Retta di degenza (compreso il caso di ricovero in terapia intensiva, non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno nelle strutture non convenzionate (senza massimale in caso di ricovero in strutture convenzionate)**

Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 70 al giorno** **Max 30 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 60 al giorno** **Max 30 giorni per ricovero**
Viaggio e trasporto dell'Assistito e di un accompagnatore da / all'Istituto di Cura e da un Istituto di Cura all'altro (Il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo)	**Massimo rimborsabile** **€ 1.000 per ricovero**
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, nonché le prestazioni sanitarie nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento. **In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi**	**Massimo Rimborso per anno/assistito € 6.000** **Massimo Rimborso per evento € 3.000** **Nelle strutture convenzionate scoperto 15%** **Fuori dalle strutture convenzionate scoperto 25%**

Nel caso di trapianto d'organi o parte di essi all'Assistito sono corrisposte anche:
- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- le spese effettuate durante il ricovero del donatore (nel caso di donazione da vivente).

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si rinvia all'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", in caso di Ricovero in Istituto di cura per i grandi interventi chirurgici, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche pre-ricovero, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della richiesta del medico con descrizione dell'intervento da eseguire.

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta" in caso di accertamenti diagnostici e visite specialistiche post-ricovero, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

2.
MAGGIOR COMFORT ALBERGHIERO PER RICOVERI NEL SSN PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Qualora l'Assistito scelga di avvalersi del SSN per ricovero con GIC, avrà diritto a un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento	**Fino a € 120 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 20 giorni per ciascun ricovero**

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

La prestazione interviene solamente in forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della cartella clinica.

La prestazione interviene quando l'Assistito non richieda il rimborso al Fondo delle spese di ricovero.

3.
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Indennità sostitutiva per i Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'Assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	**Fino a € 150 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 30 giorni per ciascun ricovero**

Per il dettaglio dei grandi interventi chirurgici si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 1).

La prestazione interviene solamente in forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della cartella clinica.

La prestazione interviene quando l'Assistito non richieda il rimborso al Fondo delle spese di ricovero.

4.
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO DIVERSO DAI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 50.000**
Massimo rimborso per evento	**€ 20.000**
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio) **Diritti di sala operatoria** **Materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento** (endoprotesi) **Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero**	**Rimborsabile nei limiti del massimale, applicazione di una franchigia di € 1.000**
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno (senza massimale in caso di ricovero in strutture convenzionate)**
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 50 al giorno Max 15 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 40 al giorno Max 15 giorni per ricovero**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", in caso di ricovero in istituto di cura per intervento diverso dai grandi interventi chirurgici, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

5.
MAGGIOR COMFORT ALBERGHIERO PER RICOVERI NEL SSN PER INTERVENTO DIVERSO DAI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Qualora l'Assistito scelga di avvalersi del SSN per ricovero con intervento (diverso da GIC), avrà diritto a un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento	**Fino a € 80 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 10 giorni per ciascun ricovero**

La prestazione interviene solamente forma "indiretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della cartella clinica.

La prestazione interviene quando l'Assistito non richieda il rimborso al Fondo delle spese di ricovero.

6.
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO DIVERSO DAI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario 3, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Indennità sostitutiva per interventi diversi dai Grandi Interventi Chirurgici, applicabile se l'Assistito non richiede alcun rimborso né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa	**Fino a € 75 per ogni giorno di ricovero con pernottamento Max 15 giorni per ciascun ricovero**

La prestazione interviene solamente in forma "indiretta".

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della cartella clinica

La prestazione interviene quando l'Assistito non richieda il rimborso al Fondo delle spese di ricovero.

7.
RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario 3, come riportato di seguito:

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 50.000**
Massimo rimborso per evento	**€ 10.000**
Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero	**Rimborsabile nei limiti del massimale, applicazione di una franchigia di € 2.000**
Retta di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie)	**Fino a € 300 al giorno nelle strutture non convenzionate (senza massimale in caso di ricovero in strutture convenzionate)**
Retta per l'accompagnatore (in istituto di cura, o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera)	**Fino a € 50 al giorno Max 15 giorni per ricovero**
Assistenza infermieristica individuale privata	**Fino a € 40 al giorno Max 15 giorni per ricovero**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta", in caso di Ricovero senza intervento chirurgico, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

8.
DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.

Per usufruire della garanzia in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario 3, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/assistito	**€ 3.000**
Quote di rimborso	
• **Nelle strutture sanitarie convenzionate**	**Scoperto 15% Minimo non indennizzabile di € 20 per ogni prestazione**
• **Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate**	**Scoperto 25% Minimo non indennizzabile di € 60 per ogni prestazione**

Per il dettaglio della diagnostica di alta specializzazione si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 2).

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

9.
PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA TRADIZIONALE E ULTRASONOGRAFIA.

Per usufruire della garanzia in oggetto è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che rende necessaria la prestazione stessa.

Il Piano Sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per prestazioni radiologia tradizionale e ultrasonografia previste nell'Allegato 3, fino al massimo per prestazione indicato nell'Allegato stesso.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Prestazioni di radiologia tradizionale e ultrasonografia	**Rimborso massimo per ogni singola prestazione in misura e nei limiti del Nomenclatore Tariffario (riportato nell'Allegato 3)**
Quote di rimborso Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 2.000**

Per il dettaglio delle prestazioni di radiologia tradizionale e ultrasonografia previste dal Piano Sanitario, si veda

l'elenco disponibile in allegato (Allegato 3).
La prestazione interviene
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta"

L'Assistito, per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

10.
VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.

È previsto il rimborso per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, (escluse le visite odontoiatriche). Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per il rimborso della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e/o ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/assistito	**€ 900**
Massimo Rimborso per visita specialistica	**€ 50**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite, da cui risulti in maniera inequivocabile il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha eseguito la prestazione;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

11.
TICKET.

È previsto il rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per anno/Assistito	**€ 400**
Massimo Rimborso per ticket	**€ 40**

La prestazione interviene in forma “indiretta” e in forma “diretta”.

L’Assistito per ottenere il rimborso in “forma indiretta”, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo “Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario”, deve trasmettere:

- copia del ticket;
- copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

12.
MAMMA E BAMBINO.

Per il rimborso delle spese sostenute per ecografie effettuate durante la gravidanza, la gravidanza stessa deve essere comprovata da idonea certificazione medica.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti e alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
ACCERTAMENTI PRE PARTO	
Massimo Rimborso per anno/assistito per Ecografie, Sca Test e analisi cliniche effettuate durante la gravidanza (su prescrizione medica riferita a esami per gravidanza)	**€ 900**
Quote di rimborso (per accertamenti pre parto)	
• **Nelle strutture sanitarie convenzionate**	**Scoperto 15%** **Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**
• **Fuori dalle strutture sanitarie convenzionate** (o personale non convenzionato)	**Scoperto 25%** **Minimo non indennizzabile di € 25 per prestazione**

PARTO NATURALE, CESAREO O ABORTO TERAPEUTICO	
Pagamento delle spese relative al ricovero e all'eventuale atto chirurgico (rientrante nella garanzia Ricovero in Istituto di cura per intervento diverso dai Grandi Interventi Chirurgici)	**Parto Naturale:** **Massimale di € 3.000** **Minimo non indennizzabile € 500** **Parto Cesareo:** **Massimale di € 6.000** **Minimo non indennizzabile € 1.000** **Aborto Terapeutico:** **Massimale di € 3.000** **Minimo non indennizzabile € 500**
INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER IL PARTO	
Indennità sostitutiva Ricovero Parto solo in SSN	**Fino a € 100 per ogni giorno di ricovero con pernottamento** **Max 7 giorni**
NEONATO	
Spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta per l'accompagnatore per il periodo del ricovero	**Fino a € 5.000 all'anno per assistito**
Indennità per assistenza in ricovero del neonato effettuato durante i primi 30 giorni di vita a seguito di patologia accertata da certificazione medica	**Fino a € 30 per ogni giorno di ricovero con pernottamento** **Max 10 giorni**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

In caso di accertamenti pre-parto (ecografie, Sca Test, analisi cliniche), l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia del certificato di gravidanza rilasciato dal medico curante.

Avuto riguardo all'indennità sostitutiva ricovero parto, l'Assistito per ottenere la prestazione, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della cartella clinica.

In caso di garanzia neonato, l'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:

- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;
- copia della cartella clinica.

La prestazione interviene fino al compimento del primo anno di età.

13.
PRESTAZIONI DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA E DEL CANCRO ALLA TIROIDE.

La garanzia in oggetto è applicata con i limiti ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario, come riportato di seguito.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Massimo Rimborso per assistito per prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica	**€ 200 ogni 2 anni.** **Solo per Assistiti con età superiore a 45 anni** **Le prestazioni previste effettuabili solo in forma diretta, devono essere effettuate in un'unica soluzione**
Massimo Rimborso per assistito per prestazioni di prevenzione cancro alla tiroide (TSH, ecografia tiroidea)	**€ 100 ogni 2 anni** **Solo per iscritti con età superiore a 45 anni** **Le prestazioni previste effettuabili solo in forma diretta**
Quote di rimborso	**Scoperto 15%** **Minimo non indennizzabile € 25 per prestazioni di prevenzione cardiovascolare e oncologica da applicarsi separatamente all'ecografia prostatica, alla mammografia bilaterale e all'insieme di tutte le altre prestazioni** **Scoperto 15%** **Minimo non indennizzabile € 25 per prestazioni di prevenzione cancro alla tiroide, da applicarsi congiuntamente per TSH/ecografia tiroidea**

Per il dettaglio della prevenzione cardiovascolare e oncologica e del cancro alla tiroide si veda l'elenco disponibile in allegato (Allegato 4).

La prestazione interviene solamente in "forma diretta".

Le prestazioni sono riconoscibili ogni 2 anni per Assistito/a con età superiore a 45 anni.

14.
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.

Il Piano Sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche di cui all'Allegato 5, fino al massimo per prestazione indicato nell'Allegato stesso.

DESCRIZIONE	CONDIZIONI DEL RIMBORSO
Prestazioni odontoiatriche	**Rimborso massimo per ogni singola prestazione in misura e nei limiti del Nomenclatore Tariffario (riportato nell' Allegato 5) Massimale annuo per Assistito pari a € 4.000**
Seduta di igiene orale professionale	**Rimborso totale Max 1 volta all'anno**

La prestazione interviene:
- in "forma indiretta"

oppure
- in "forma diretta".

L'Assistito per ottenere il rimborso in "forma indiretta", seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dal proprio Piano Sanitario", deve trasmettere:
- copia della documentazione di spesa con il dettaglio di tutte le prestazioni eseguite;

15.
RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in una condizione tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona che l'aiuti nello svolgimento di almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana , oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE,...) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di fare il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assistito è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;

- vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;

- nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assistito è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;

- spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da diritto all'Assistito di richiedere la corresponsione della rendita mensile posticipata.

L'Assistito, una volta all'anno, secondo le modalità comunicate in fase di erogazione della rendita, è tenuto a trasmettere alla compagnia Poste Vita S.p.A. e al Fondo il certificato di permanenza in vita.

RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)	
Rendita annua/Assistito	**€ 24.000, per anno/persona (€ 2.000 al mese)**

Per il dettaglio delle condizioni di assistibilità e delle esclusioni della garanzia per non auto sufficienza si vedano gli elenchi disponibili in allegato (Allegati 6 e 7).

Per ottenere l'erogazione della rendita, in caso di insorgenza dello stato di "non autosufficienza" l'Assistito, seguendo le istruzioni descritte nel paragrafo "Modalità per usufruire delle prestazione LTC (non autosufficienza)", deve inviare:

- il "Modulo denuncia dello stato di non autosufficienza" compilato dall'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura dell'Assistito;
- il questionario di "non autosufficienza" a cura del medico curante;
- la documentazione clinica comprovante lo stato di non autosufficienza.

La prestazione di rendita è corrisposta se, trascorsi 60 giorni a partire dalla data di denuncia, perdura lo stato di "non autosufficienza".

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE.

Premesso che:

- per effetto dell'art. 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente fissata in € 2,00 mediante applicazione, da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone;

- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% e il 500% del tributo dovuto;

- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti.

Ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte del Fondo, l'Assistito deve presentare fatture regolarmente assoggettate a imposta di bollo, ove essa sia richiesta dalla normativa *pro tempore* vigente.

ALLEGATI.

ALLEGATO 1.
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

(valido per i Piani Sanitari 1, 2 e 3)

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA
BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
PERICARDIECTOMIA PARZIALE
PERICARDIECTOMIA TOTALE
REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.

SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO

SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT

SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)

SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)

TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)

VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS

ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.

MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE

MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA

QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

CHIRURGIA GENERALE

Interventi chirurgici minori

Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.

TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI

Collo

PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE

PARATIROIDI, REINTERVENTI

TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE

TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER

TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE

TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE

TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)

Esofago

DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER

ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA

ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA

ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL' , CON ESOFAGOSTOMIA

ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA

MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER

MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER

VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE

Stomaco - Duodeno

FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER

GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)

GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA

GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA

GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA

RESEZIONE GASTRO DUODENALE

RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA

VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)

Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano

Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.

AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO

ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ

ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)

BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNE
COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA
ED EVENTUALE COLOSTOMIA

COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)

COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)

EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE

EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)

MEGACOLON, INTERVENTO PER

MEGACOLON: COLOSTOMIA

PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE

RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE

RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA

RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE

TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE
O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM),
ASPORTAZIONE DI

Peritoneo

OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE

Fegato e vie biliari

ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA

COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI

COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA

COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA

COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA

DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA

DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE

PAPILLA DI VATER, EXERESI

PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO
CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO

RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI

RESEZIONI EPATICHE MINORI

TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO

TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRENSIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)

Pancreas - Milza

CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA

DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE

NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER

PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA
ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA

PANCREATECTOMIA TOTALE
(COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)

SPLENECTOMIA

TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER

FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI

FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI

FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)

FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE

GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNE, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA

LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE

LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE

MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA

MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE

MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE

MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL

MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL

MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO

NEOPLASIE MALIGNE DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI

NEOPLASIE MALIGNE DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI

NEOPLASIE MALIGNE LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI

PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER

PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE

PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE

CHIRURGIA PEDIATRICA

ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS

ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE

ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE

ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'

FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.

APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER

INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA

MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI

STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI

TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI

FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI

FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER

FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI

LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)

NEOPLASIE MALIGNE COSTE E/O STERNO
(COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

NEOPLASIE MALIGNE DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)

NEOPLASIE MALIGNE DELLA TRACHEA
(COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

NEOPLASIE MALIGNE E/O CISTI DEL MEDIASTINO
(COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)

PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE

RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO

RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)

RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE
(COMPRESE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)

RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESE EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)

TIMECTOMIA

TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO

TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO

TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)

CHIRURGIA VASCOLARE

ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)

ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)

ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)

BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO

BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE

BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA
E PLASTICA VASALE

TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA

TROMBOENDOARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI

TROMBOENDOARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI

TROMBOENDOARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)

GINECOLOGIA

ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE

TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER

TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER

VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI

VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI

NEUROCHIRURGIA

Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI

CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE

CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI

CRANIOPLASTICA

CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE

CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI

CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI

ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER

EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER

ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE

IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE

LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI

LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI

MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)

MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE

NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI

NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO

PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL

TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER

TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA

TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE

TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER

OCULISTICA

Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.

Cornea

TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE

TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE

TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI

TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Interventi cruenti

ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI

ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE

ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE

ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI

ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI

ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)

ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)

ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)

ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE

ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE

ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE

ARTROPROTESI: ANCA TOTALE

ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRENSIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE

ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO

ARTROPROTESI: GINOCCHIO

ARTROPROTESI: GOMITO

ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO

COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER

EMIPELVECTOMIA

EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO

OSTEOSINTESI VERTEBRALE

OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)

REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO

RESEZIONE DEL SACRO

RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE

SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG

SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO

TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRENSIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)

TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI

TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI

TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI

TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI

UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA

Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici

TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI

OTORINOLARINGOIATRIA

NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI

NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL

NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO

STAPEDECTOMIA

STAPEDOTOMIA

TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA

TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA

TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI

TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI

Naso e seni paranasali

Escluse le prestazioni con finalità estetiche.

TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI

Faringe - Cavo orale - Orofaringe

FARINGECTOMIA PARZIALE

NEOPLASIE PARAFARINGEE

TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI

VELOFARINGOPLASTICA

Laringe e Ipofaringe

CORDECTOMIA

CORDECTOMIA CON IL LASER

DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA

EPIGLOTTIDECTOMIA

LARINGECTOMIA PARZIALE

LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE

LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE

LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE

LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE

LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI

POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE

TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)

UROLOGIA - ATTI CHIRURGICI

Rene

EMINEFRECTOMIA

NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)

NEFRECTOMIA POLARE

NEFRECTOMIA SEMPLICE

NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI

NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)

SURRENECTOMIA

TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)

Uretere

MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO

Vescica

CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER

CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA

CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA

VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)

VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE

VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE

Prostata

PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)

Apparato genitale maschile

EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA

ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE

ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE

PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

ALLEGATO 2.
ELENCO DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.

(valido per i Piani Sanitari 1, 2 e 3)

ALTA SPECIALIZZAZIONE

DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

ANGIOGRAFIA

ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO
ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)
ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)
ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)
ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA
ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA
ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI
ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI
ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)
ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)
ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI
ARTERIOGRAFIA POLMONARE
ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA
ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICA-ADDOMINALE)
CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE
CONTROLLO TIPS
FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA
FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI
FLEBOGRAFIA DELL'ORBITA
FLEBOGRAFIA DI UN ARTO
FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE
FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE

FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE

FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE

FLEBOGRAFIA SPINALE

LINFOGRAFIA

PANANGIOGRAFIA CEREBRALE

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO

ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO)

ATM MONOLATERALE

CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI

COLANGIO E/O WIRSUNG RMN

R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI

R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI

R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)

R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO

R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO

R.M. CUORE

R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)

R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)

R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)

R.M. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI

STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI

TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO

ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D

ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI

BRONCOSCOPIA VIRTUALE
(ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)

COLONSCOPIASCOPIA VIRTUALE
(ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)

DENTASCAN: 1 ARCATA

DENTASCAN: 2 ARCATE

MIELO T.C.: 1 TRATTO COLONNA VERTEBRALE

MIELO T.C.: 2 TRATTI COLONNA VERTEBRALE

MIELO T.C.: 3 TRATTI COLONNA VERTEBRALE

O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA

T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI

T.C. BACINO E SACRO

T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI INTERSOMATICI

T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI
(CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO)

T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI
(CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCOCCIGEO)

T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCCHE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI

TC MASCELLARE CON ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE (VITREA)

T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI

T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI

TAC/PET

MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)

Apparato circolatorio

ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO

ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO

ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI

SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)

SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)

SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)

SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)

SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE

SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)

STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)

Apparato digerente

RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA

SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI

VALUTAZIONE DELLE GASTRO ENTERORRAGIE

Apparato emopoietico

DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMAZIE

DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO

DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA

DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)

LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA

MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE

STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA

Apparato osteo-articolare

SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)

SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA

SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA

SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA

Apparato respiratorio

SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO

SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)

SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)

SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA

Apparato urinario

CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA

SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)

SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)

SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE

Fegato e vie biliari e milza

SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)

SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)

SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)

SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE

SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)

SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPPFERIANA

SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMAZIE AUTOLOGHE

Sistema nervoso centrale

SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)

SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)

SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA

SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)

SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)

SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE

Tiroide e paratiroide

CAPTAZIONE TIROIDEA

SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)

SCINTIGRAFIA TIROIDEA

SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO

SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI

Altri organi

IMMUNOSCINTIGRAFIA

RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI

RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA)

SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE

SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI

SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE

SCINTIGRAFIA SURRENALE

TAC/PET

CARDIOLOGIA

CARDIOTOCOGRAFIA

E.C.G. DI BASE

E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO (TEST DI MASTER)

E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO TREADMILL

E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTER (24 H)

E.C.G. DOMICILIARE

MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)

STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO

TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE

TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) CON DETERMINAZIONE CONSUMO DI O2 COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE

TILT TEST

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

CATETERISMO DESTRO E SINISTRO E CALCOLO PORTATE E GRADIENTI CON CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA DESTRA E SINISTRA

CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO

CORONAROGRAFIA CIRCOLO NATIVO + STUDIO SELETTIVO DI BYPASS VENOSI ED ARTERIOSI + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO

OCULISTICA

FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON VERDE INDOCIANINA

RETINOGRAFIA

FLUORANGIOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE

FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON FLUORESCINA

OSTETRICIA

AMNIOCENTESI

RADIOLOGIA

ARTROGRAFIA

ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE BILATERALE (COMPARATIVA)

ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE MONOLATERALE

BRONCOGRAFIA, MONOLATERALE O BILATERALE

CISTOGRAFIA

CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO

COLANGIOGRAFIA ATTRAVERSO TUBO DI KEHR O POST OPERATORIA

COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA (CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE)

COLANGIOGRAFIA INTRA OPERATORIA

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA

COLANGIOGRAFIA RETROGRADA

COLANGIOPANCREATOGRAFIA DIAGNOSTICA
(ERCP ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY)

COLECISTOGRAFIA PER OS CON O SENZA PROVA DI BRONNER

COLPO-CISTO-DEFECOGRAFIA

DEFECOGRAFIA

DACRIOCISTOGRAFIA

FISTOLOGRAFIA

GALATTOGRAFIA

ISTEROSALPINGOGRAFIA (COMPRESO ESAME DIRETTO) - COMPRESA PRESTAZIONE
DEL RADIOLOGO/GINECOLOGO

MIELOGRAFIA CERVICALE O DORSALE

SCIALOGRAFIA

SPLENOPORTOGRAFIA

UROGRAFIA (ESAME COMPLETO)

VESCICOLO DEFERENTOGRAFIA

ENDOSCOPIE SENZA BIOPSIA

BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)

COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)

ECOENDOSCOPIA DEL RETTO

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO DI SONDA DI DILATAZIONE

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALE TEST RAPIDO H. PYLORI

RETTOSCOPIA DIAGNOSTICA CON STRUMENTO RIGIDO

RETTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE

(il seguente elenco è valido esclusivamente per i Piani Sanitari 2 e 3)

ALTA SPECIALIZZAZIONE

TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

CHEMIOTERAPIA

PRESTAZIONI EQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL (DEGENZA DIURNA) O AMBULATORIALE O DOMICILIARE PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E/O IPERTERMIA, CON INFUSIONE CONTINUA (comprensiva del costo del farmaco somministrato)

USO POMPA ELETTRONICA PORTATILE PER INFUSIONE CONTINUA O CIRCADIANA PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA

RADIOTERAPIA

IPERTERMIA ASSOCIATA ALLA RADIOTERAPIA

POSIZIONAMENTO DI PLACCHE PER LA RADIOTERAPIA DEL MELANOMA COROIDALE COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO OCULISTA

RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEBI)

RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE EMICORPOREA (HBI)

RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI) FRAZIONATA

RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI)

RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE DINAMICA CON COLLIMATORE MICRO-MULTI-LEAF

RADIOTERAPIA IMRT

RADIOTERAPIA STEREOTASSICA (ANCHE CYBER KNIFE)

RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PLURIFRAZIONATA

SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON ANGIOGRAFIA

SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON TAC

SISTEMA IMMOBILIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA 3D E DINAMICA

LASERTERAPIA

LASERTERAPIA ANTALGICA

LASERTERAPIA VAGINALE O VULVARE O DELLA PORTIO

LASERTERAPIA DEGLI ANNESSI, DELLA CONGIUNTIVA, DEI NEOVASI O NUBECOLE CORNEALI

LASERTERAPIA DEL GLAUCOMA E DELLE SUE COMPLICANZE
LASERTERAPIA DELLE VASCULOPATIE E/O MALFORMAZIONI RETINICHE
LASERTERAPIA IRIDEA
LASERTERAPIA LESIONI RETINICHE
LASERTERAPIA NELLA RETINOPATIA DIABETICA

DIALISI

CICLODIALISI
EMODIALISI

ALLEGATO 3.
ELENCO PRESTAZIONI DI ULTRASONOGRAFIA E DI RADIOLOGIA TRADIZIONALE.

(il seguente elenco è valido esclusivamente per i Piani Sanitari 2 e 3)

DIAGNOSTICA

ULTRASONOGRAFIA

Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso. Le tariffe esposte sono valide anche per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc.

DESCRIZIONE PRESTAZIONI	TARIFFA MASSIMA
ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): DOPPLER	49,00
ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): ECODOPPLER	63,00
ECOCOLORDOPPLER DI QUALSIASI ALTRO DISTRETTO O SEGMENTO NON DESCRITTO	72,00
ARTI SUPERIORI O INFERIORI (BILATERALE): ECOCOLORDOPPLER	83,00
ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): DOPPLER	68,00
ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): ECODOPPLER	86,00
ARTI SUPERIORI E INFERIORI (QUATTRO ARTI): ECOCOLORDOPPLER	99,00
PENIENO O TESTICOLARE: DOPPLER	59,00
PENIENO O TESTICOLARE: ECODOPPLER	78,00
PENIENO O TESTICOLARE: ECOCOLORDOPPLER	87,00

TRANSCRANICO COMPLETO: ECODOPPLER	63,00
TRANSCRANICO COMPLETO: ECOCOLORDOPPLER	86,00
TRANSCRANICO COMPLETO CON ANALISI SPETTRALE	54,00
TRONCHI SOVRAORTICI: DOPPLER	59,00
TRONCHI SOVRAORTICI: ECODOPPLER	70,00
TRONCHI SOVRAORTICI: ECOCOLORDOPPLER	81,00
VISCERALE: DOPPLER	41,00
VISCERALE: ECODOPPLER	72,00
VISCERALE: ECOCOLORDOPPLER	77,00

(il seguente elenco è valido esclusivamente per il Piano Sanitario 3)

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

Gli esami si intendono completi di tutte le proiezioni, radiogrammi necessari, qualsiasi contrasto utilizzato e/o insufflazione gassosa e di qualsiasi prestazione professionale necessaria, compresa assistenza per scopia. Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

DESCRIZIONE PRESTAZIONI	TARIFFA MASSIMA
STUDIO DEI TEMPI DI TRANSITO INTESTINALE	99,00
DETERMINAZIONE DIAMETRI PELVICI	32,00
ORTOPANTOMOGRAFIA DI UNA O ENTRAMBE LE ARCATE DENTARIE	25,00
CRANIO, TELERADIOGRAFIA (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI)	35,00
TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI)	35,00
ESAME RADIOLOGICO A LETTO DEL PAZIENTE (OLTRE L'ESAME)	41,00
ESAME RADIOLOGICO A DOMICILIO DEL PAZIENTE (OLTRE L'ESAME)	99,00
TORACE TRADIZIONALE O EQUALIZZATO E/O TELECUORE	32,00
FARINGE: ESAME DIRETTO	27,00
LARINGOGRAFIA OPACA	81,00
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	50,00
MAMMOGRAFIA BILATERALE	69,00
STRATIGRAFIA DI QUALSIASI DISTRETTO O SEGMENTO ANATOMICO, SALVO I CASI DESCRITTI	70,00
ADDOME: ESAME DIRETTO	34,00
ESOFAGO CON CONTRASTO OPACO	54,00
STOMACO, DUODENO	69,00

TUBO DIGERENTE: SECONDE VIE (TENUE, COLON)	77,00
TENUE, ESAME SERIATO	126,00
TUBO DIGERENTE: COMPLETO (STOMACO, DUODENO, COLON, ESOFAGO)	135,00
CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO	121,00
FARINGOGRAFIA OPACA	72,00
GHIANDOLE SALIVARI, ESAME DIRETTO	34,00
TUBO DIGERENTE: PRIME VIE (ESOFAGO, STOMACO, DUODENO)	94,00
APPARATO URINARIO, ESAME DIRETTO	34,00
URETROCISTOGRAFIA ASCENDENTE E MINZIONALE	122,00
CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	122,00
CRANIO E/O SENI PARANASALI	40,00
OSSA NASALI, ESAME DIRETTO	32,00
SELLA TURCICA, ESAME DIRETTO	27,00
MASTOIDE	36,00
EMIMANDIBOLA	26,00
BACINO	32,00
SCHELETRO TORACICO COSTALE MONOLATERALE	34,00
STERNO	34,00
COLONNA VERTEBRALE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE, SACROCOCCIGEA (PER SEGMENTO)	36,00
COLONNA VERTEBRALE COMPLETA	72,00
ARTI ED ARTICOLAZIONI: POLSO, MANO, CAVIGLIA, PIEDE, DITA	27,00
ARTI ED ARTICOLAZIONI: OMERO, GOMITO, AVAMBRACCIO, FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA, ANCA	32,00
SCAPOLA	30,00
CORPI ESTRANEI, LOCALIZZAZIONE	32,00
ROTULA ASSIALI A 30°, 60°, 90°	50,00
ESAME RADIOLOGICO IN SALA OPERATORIA (OLTRE L'ESAME)	50,00
ROTULA	27,00
APPARATO GENITALE FEMMINILE, ESAME DIRETTO	34,00
APPARATO GENITALE MASCHILE, ESAME DIRETTO	34,00
ARTI INFERIORI SOTTO CARICO CON BACINO	74,00

ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, ESAME DIRETTO	31,00
CAVERNOSOGRAFIA	108,00
CAVERNOSOGRAFIA CON MANOMETRIA	158,00
CLAVICOLA	32,00
COLONNA VERTEBRALE COMPLETA PIU' BACINO SOTTO CARICO	81,00
COLONNA VERTEBRALE, ESAME MORFODINAMICO (PER SEGMENTO)	32,00
DERIVAZIONI LIQUORALI, CONTROLLO RADIOLOGICO	23,00
ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	63,00
ETÀ OSSEA (MANO E POLSO O GINOCCHIO, ETC.)	22,00
FORAMI OTTICI	34,00
GINOCCHIO SOTTO CARICO	32,00
LARINGE, ESAME DIRETTO	30,00
ORBITA, ESAME DIRETTO	32,00
PIEDI SOTTO CARICO	38,00
PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	108,00
PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	135,00
PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	68,00
PIELOURETROGRAFIA PERCUTANEA	180,00
PNEUMOCISTOGRAFIA MAMMARIA	81,00
RADICOLOGRAFIA	162,00
REGIONE VESCICALE, ESAME DIRETTO	34,00
ROCCHE PETROSE	32,00
SCHELETRO TORACICO COSTALE BILATERALE	51,00
SPALLA	30,00
SPALLA SOTTO CARICO	36,00
STOMACO CON DOPPIO CONTRASTO	99,00
STRATIGRAFIA A BOCCA APERTA E CHIUSA DELLA A.T.M., MONOLATERALE	59,00
STRATIGRAFIA A BOCCA APERTA E CHIUSA DELLA A.T.M., BILATERALE	72,00
STRATIGRAFIA A RIPOSO DELLA LARINGE E CON FONAZIONE	72,00
STRATIGRAFIA DEL MEDIASTINO	72,00
STRATIGRAFIA DEL TORACE, MONOLATERALE	72,00

STRATIGRAFIA DEL TORACE, BILATERALE	81,00
STUDIO SELETTIVO ULTIMA ANSA	45,00
TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	42,00
TENUE A DOPPIO CONTRASTO CON STUDIO SELETTIVO	180,00
TESSUTI MOLLI, ESAME DIRETTO	34,00
TIROIDE, ESAME DIRETTO	34,00
TIROIDE, ESOFAGOGRAMMA CERVICALE	41,00
TRACHEA, ESAME DIRETTO	22,00
VASI, ESAME DIRETTO	27,00

ALLEGATO 4.
ELENCO PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA E DEL CANCRO ALLA TIROIDE.

(valido per i Piani Sanitari 1, 2 e 3)

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - ONCOLOGICA

UOMO
(in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni)

E.C.G. DI BASE
ECOGRAFIA PROSTATICA E VESCICALE SOVRAPUBICA
ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)
VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
GLICEMIA
AZOTEMIA
CREATININEMIA
COLESTEROLO HDL E LDL
COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA
TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)
URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO

DONNA
(in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni)

E.C.G. DI BASE

MAMMOGRAFIA BILATERALE

CITOLOGICO PER DIAGNOSTICA TUMORALE (PAP TEST) O CITOLOGICO ENDOCERVICALE E STRISCIO BATTERIOLOGICO VAGINALE

EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO (HB,GR,GB, PIASTRINE, INDICI ERITROCITARI DER.F.L.)

VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE

GLICEMIA

AZOTEMIA

CREATININEMIA

COLESTEROLO HDL E LDL

COLESTEROLO TOTALE O COLESTEROLEMIA

TRANSAMINASI GLUTAMMICO OSSALACETICA (GOT) E GLUTAMMICO PIRUVICA (GPT)

URINE, ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO COMPLETO

(il seguente elenco è valido esclusivamente per i Piani Sanitari 2 e 3)

PREVENZIONE DEL CANCRO DELLA TIROIDE

in unica soluzione una volta ogni 2 anni per età maggiore di 45 anni

TSH (ORMONE TIREOTROPO)

ECOGRAFIA TIROIDEA

ALLEGATO 5.
ELENCO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.

(il seguente elenco è valido esclusivamente per i Piani Sanitari 2 e 3)

ODONTOIATRIA

CHIRURGIA ORALE

Sono compresi i trattamenti di emorragia post-extractionem e le medicazioni chirurgiche. Le estrazioni sono riferite solo agli elementi naturali. La prestazione INTERVENTI DI CHIRURGIA PREPROTESICA

sono rimborsabili solo in caso di protesi rimovibili pregresse o contestuali. La prestazione RIZECTOMIA E RIZOTOMIA e la prestazione RIZOTOMIA non sono compatibili sullo stesso elemento dentario. L'anestesia generale è rimborsabile unicamente per gli interventi di chirurgia odontostomatologica elencati. Non è rimborsabile qualsiasi altra anestesia diversa da quella generale.

	TARIFFA MASSIMA
ANESTESIA GENERALE Occorrono: Dichiarazione del Medico che attesti le limitazioni funzionali che richiedono la partecipazione dell'Anestesista; Copia della Cartella Anestesiologica firmata. Rimborsabile unicamente se eseguita in strutture sanitarie regolarmente autorizzate dalle Autorità competenti, unicamente in regime di ricovero notturno	194,00
APICECTOMIA (PER RADICE) COMPRESA OTTURAZIONE RETROGRADA E/O INTERVENTO PER RIPOSIZIONAMENTO APICALE - Mai ripetibile sullo stesso elemento	82,00
BIOPSIE (QUALSIASI NUMERO DI BIOPSIE) - Occorre: Copia referto istologico	77,00
DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI (PER ELEMENTO) (COMPRENSIVO DELLA PRESTAZIONE DELL'ORTODONTISTA PER ANCORAGGIO) Non ripetibile, nello stesso piano di cura, sullo stesso elemento	43,00
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE (SEMPLICE O COMPLESSA) AD ELEMENTO - Mai ripetibile sullo stesso elemento	27,00
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA (PARZIALE O TOTALE) AD ELEMENTO - Mai ripetibile sullo stesso elemento	62,00
ESTRAZIONE DI TERZO MOLARE IN DISODONTIASI - AD ELEMENTO Mai ripetibile sullo stesso elemento	50,00
INTERVENTI DI CHIRURGIA PREPROTESICA (PER EMIARCATA) IN CASO DI EDENTULIA PARZIALE O TOTALE - Non ripetibile prima di 5 anni	86,00
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE (FRENULOTOMIA O FRENULECTOMIA), PER ARCATA - Mai ripetibile sulla stessa arcata	62,00
INTERVENTO PER ASPORTAZIONE DI EPULIDE (CON O SENZA RESEZIONE DEL BORDO ALVEOLARE) - Mai ripetibile - Occorre: Copia referto istologico	109,00
RIZECTOMIA E RIZOTOMIA (COMPRESO LEMBO DI ACCESSO) - COME UNICO INTERVENTO PER ELEMENTO - Mai ripetibile sullo stesso elemento	77,00
RIZOTOMIA (COMPRESO LEMBO DI ACCESSO) - COME UNICO INTERVENTO PER ELEMENTO - Mai ripetibile sullo stesso elemento	47,00
INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE (INCISIONE DI ASCESSI O ASPORTAZIONE CISTI MUCOSE O PICCOLE NEOPLASIE) Occorre: Copia referto istologico in caso di cisti mucose o piccole neoplasie	62,00

CONSERVATIVA

Per lo stesso dente è rimborsabile una sola delle prestazioni OTTURAZIONE ogni 3 anni.
Sono compresi: il posizionamento della diga; il riattacco di frammento; il trattamento chimico per l'ipersensibilità; le otturazioni contestuali alla cura canalare e/o al ritrattamento endodontico dello stesso elemento. Le prestazioni OTTURAZIONE non sono rimborsabili contestualmente alle prestazioni INTARSI IN LP O CERAMICA per lo stesso elemento.

INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA DIRETTO/INDIRETTO - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	24,00
INTARSI IN LP O CERAMICA - INLAY O ONLAY COMPRESO PROVVISORIO - AD ELEMENTO Non rimborsabile sul gruppo anteriore (da canino a canino) e non ripetibile prima di 5 anni Occorre: copia Certificazione del laboratorio odontotecnico	139,00
OTTURAZIONE DI CAVITA DI I CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	27,00
OTTURAZIONE DI CAVITA DI II CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	35,00
OTTURAZIONE DI CAVITA DI III CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	31,00
OTTURAZIONE DI CAVITA DI IV CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	35,00
OTTURAZIONE DI CAVITA DI V CLASSE - QUALSIASI MATERIALE - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	27,00
RICOSTRUZIONE DEL DENTE CON ANCORAGGIO A VITE O A PERNO - AD ELEMENTO Non ripetibile prima di 3 anni	43,00

ENDODONZIA

Ciascuna prestazione non è mai ripetibile sullo stesso elemento. Sono compresi: il posizionamento della diga; il trattamento perforazioni con comunicazioni endodonto-parodontali; otturazioni contestuali alla cura canalare e/o al ritrattamento endodontico dello stesso elemento; la ricostruzione coronale pre-endodontica. Non sono rimborsabili i trattamenti di apecificazione e le medicazioni di pronto soccorso endodontico.

CURA CANALARE COMPLETA 1 CANALE (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO COMPRESE RX ENDORALI - Occorrono: OPT pre/post trattamento	64,00
CURA CANALARE COMPLETA 2 CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO COMPRESE RX ENDORALI - Occorrono: OPT pre/post trattamento	79,00
CURA CANALARE COMPLETA 3 O PIU CANALI (COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) COMPRESA RICOSTRUZIONE CORONALE PRE-ENDODONTICA - AD ELEMENTO - COMPRESE RX ENDORALI Occorrono: OPT pre/post trattamento	98,00

PULPOTOMIA E OTTURAZIONE DELLA CAMERA PULPARE PER QUALSIASI NUMERO DI CANALI - AD ELEMENTO - COMPRESE RX ENDORALI - Non rimborsabile in associazione a codice 10026 RITRATTAMENTO ENDODONTICO (PER CANALE - COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) - Occorrono: OPT pre/post trattamento	39,00
RITRATTAMENTO ENDODONTICO (PER CANALE - COMPRESA QUALSIASI TIPO DI OTTURAZIONE) - Non rimborsabile in associazione a cura canalare Occorrono: OPT pre/post trattamento	39,00

PREVENZIONE DENTALE

VISITA SPECIALISTICA CON PIANO CURE	10,00
IGIENE ORALE - DETARTRASI (1 volta l'anno)	35,00
PREVENZIONE DEL CARCINOMA DEL CAVO ORALE (1 volta ogni 2 anni)	35,00

(il seguente elenco è valido esclusivamente per il Piano Sanitario 3)

PARODONTOLOGIA

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate o emiarcate.
La prestazione CHIRURGIA OSSEA non è rimborsabile in associazione alla prestazione INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE se l'emiarcata interessata è edentula.
La prestazione INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE non è rimborsabile in associazione alla prestazione INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE per la stessa emiarcata.

CHIRURGIA GENGIVALE PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - Non ripetibile prima di 5 anni	120,00
CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO - INCLUSA SUTURA) - Non ripetibile prima di 5 anni	182,00
CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO DI ACCESSO - INCLUSA SUTURA TRATTAMENTO COMPLETO PER EMIARCATA - Non ripetibile prima di 5 anni	202,00
GENGIVECTOMIA COME UNICA PRESTAZIONE - PER EMIARCATA Non ripetibile prima di 5 anni	54,00
INSERIMENTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO) PER EMIARCATA - Non ripetibile prima di 5 anni	77,00
LEVIGATURA RADICOLARE E COURETTAGE GENGIVALE (PER EMIARCATA) Non ripetibile prima di 2 anni	15,00
SPLINTAGGIO INTERDENTALE (PER EMIARCATA, QUALSIASI MATERIALE IMPIEGATO) Non ripetibile prima di 5 anni	50,00

GNATOLOGIA

Non sono rimborsabili: l'eventuale registrazione dei rapporti intermascellari e studio del caso in articolatore; l'eventuale registrazione con apparecchiature elettroniche o elettromiografiche e studio del caso; riparazione di placca diagnostica o bite. Le prestazioni PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE, con sistema indiretto e diretto, non sono rimborsabili in associazione tra di loro (non assimilabili alla dima pre-chirurgica né alla contenzione ortodontica di qualsiasi tipo).

MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE O TOTALE, MASSIMO 1 SEDUTA (INDIPENDENTEMENTE DALL'ARCATA) - Non ripetibile prima di 1 anno	31,00
PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA INDIRETTO Non ripetibile prima di 2 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico	149,00
PLACCA DIAGNOSTICA O ORTOTICO O BITE - SISTEMA DIRETTO Non ripetibile prima di 2 anni	90,00

RADIOLOGIA

Non sono rimborsabili le radiografie oltre quanto descritto. Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21). Le immagini su supporti o digitali devono recare: nome e cognome, data, riferimenti dx/sn o quadrante, sia sul file che sull'immagine. Le Rx endorali e le fotografie intraorali sono rimborsabili per un massimo di 6 immagini l'anno. È rimborsabile 1 immagine pre-cure e 1 immagine post-cure per la singola prestazione che le prevede.

ORTOPANTOMOGRAFIA DELLE DUE ARCATE - Rimborsabile al massimo 2 volte l'anno	21,00
TELECRANIO (QUALSIASI NUMERO DI PROIEZIONI) - Rimborsabile al massimo 2 volte l'anno	29,00
RX ENDORALIRX ENDORALI - Rimborsabili al massimo 3 endorali per anno pre e 3 post terapia unicamente in riferimento e contestualmente alle prestazioni che le prevedono	4,00
FOTOGRAFIA O IMMAGINE VIDEO INTRAORALE Rimborsabile al massimo 3 foto o immagini video l'anno pre e post terapia unicamente in riferimento e contestualmente alle prestazioni che le prevedono	4,00
FOTOGRAFIA DEL MORSO INVERSO E/O FOTOGRAFIA DEI MODELLI IN OCCLUSIONE Rimborsabili al massimo 3 foto pretrattamento e massimo 3 foto post terapia unicamente in riferimento e contestualmente al TRATTAMENTO DI MALOCCLUSIONI DENTALI E SCHELETRICHE: QUALSIASI CLASSE, QUALSIASI TECNICA, COMPRESE APPARECCHIATURE DI CONTENZIONE (PER ARCATA E PER ANNO)	4,00
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 1 ARCATA	95,00
DENTASCAN O TOMOGRAFIA VOLUMETRICA A FASCIO CONICO: 2 ARCATE	131,00

ORTODONZIA

Le terapie ortodontiche sono rimborsabili per un massimo di 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate sottoposte a trattamento e comunque entro lo stesso anno

nel quale si compiono i 20 anni di età. Sono comprese nelle relative prestazioni/cure: l'esame diagnostico ortodontico (impronte e modelli da museo, esame cefalometrico); non sono rimborsabili: il rifacimento apparecchio ortodontico; la riparazione apparecchio ortodontico; il set-up diagnostico ortodontico; i controlli durante tutto il periodo di trattamento/cura. Lo splintaggio interdentale (per emiarcata, qualsiasi materiale impiegato) è utilizzabile esclusivamente in caso di problematiche parodontali e non può essere assimilato alla contenzione ortodontica.

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche: 375,00
qualsiasi classe, qualsiasi tecnica, comprese apparecchiature di contenzione
(per arcata e per anno) - rimborso per anno, per massimo 3 anni
anche non consecutivi.
Pre-trattamento: telecranio ed esame cefalometrico o foto del
"morso/morso inverso".
Post-terapia: telecranio o foto dei modelli in occlusione.
Obbligo di trasmissione del piano di cure, da ritrasmettere
solo nel caso in cui vi siano variazioni nelle arcate interessate al trattamento

IMPLANTOLOGIA

La dima prechirurgica è compresa nelle relative prestazioni (non assimilabile ad alcun tipo di byte).
È rimborsabile una sola prestazione IMPIANTI OSTEO-INTEGRATO per sede dentaria,
indipendentemente dal numero di radici del dente naturale da sostituire.

IMPIANTI OSTEO-INTEGRATI (RICOPERTI IN CERAMICA, CARBON-VITREOUS, 345,00
IDROSSIAPATITE, TITANIO PURO) - PER ELEMENTO
Rimborso non ripetibile sullo stesso elemento. Pre-trattamento:
OPT o Rx endorale o foto intraorali pre-estrattive o intraoperatorie. Post-terapia:
OPT o Rx endorale o foto intraorali che mostrino la "vite di guarigione",
prima della protesizzazione finale. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure

---

INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE 426,00
O AMPLIAMENTO ORIZZONTALE E/O VERTICALE DI CRESTA ALVEOLARE
(QUALSIASI TECNICA, TRATTAMENTO COMPLETO) CON PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO
INTRAORALE ED INNESTO E/O INSERIMENTO DI QUALSIASI MATERIALE DA INNESTO - IN - IN
Non ripetibile sulla stessa emiarcata. Pre-trattamento: OPT pre intervento.
Post-terapia: OPT o foto intraoperatoria.
Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure

PROTESI

Tutte le prestazioni, ad eccezione delle RIBASAMENTO, non sono rimborsabili nella stessa sede prima di 5 anni dalla prestazione precedente. Nel caso di protesi totali definitive su arcate edentule, non potranno essere rimborsate altre tipologie di riabilitazioni protesiche definitive prima dei 5 anni sulla stessa arcata, anche in presenza di nuovi sistemi terapeutici innovativi. Le prestazioni di PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE, APPARECCHIO SCHELETRATO, PROTESI TOTALE, non sono rimborsabili contestualmente sulla stessa arcata. Sono compresi nelle prestazioni/cure: l'eventuale ceratura diagnostica; la mesostruttura di ricostruzione su impianti; la cementazione di protesi; eventuali fresaggi/controfresaggi in LP. Le prestazioni CORONA PROVVISORIA IN RESINA indiretta e diretta non sono tra loro compatibili sullo stesso elemento. La prestazione SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE non è rimborsabile su impianti senza protesi fissa. La prestazione RIPARAZIONE DI FACCETTE IN RESINA O CERAMICA non è assimilabile alle faccette protesiche.

CORONA A GIACCA IN RESINA PER PROTESIZZAZIONE DEFINITIVA (PER ELEMENTO) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. PRE-TRATTAMENTO: OPT o Rx endorale oppure Foto intraorale pre protesizzazione. POST-TERAPIA: OPT o RX endorale Foto intraorale post protesizzazione. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	135,00
CORONA FUSA LP O LP E FACCETTA IN RESINA O LP E FACCETTA IN RESINA FRESATA (PER ELEMENTO) - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. PRE-TRATTAMENTO: OPT o Rx endorale oppure Foto intraorale pre protesizzazione. POST-TERAPIA: OPT o RX endorale Foto intraorale post protesizzazione. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	194,00
CORONA LNP O LP E CERAMICA O CERAMICA FRESATA O CERAMICA-ALLUMINA O VETRORESINA O QUALSIASI TIPO DI CORONA DOPPIA (TIPO TELESCOPICA - CONOMETRICA) (PER ELEMENTO) - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. PRE-TRATTAMENTO: OPT o Rx endorale oppure Foto intraorale pre protesizzazione. POST-TERAPIA: OPT o RX endorale Foto intraorale post protesizzazione. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	225,00
CORONA PROVVISORIA ARMATA (LNP O LP - PER ELEMENTO) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	30,00
CORONA PROVVISORIA IN RESINA - INDIRETTA (PER ELEMENTO) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	26,00
PERNO MONCONE FUSO IN LNP O LP O CERAMICI (PER ELEMENTO) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico o certificazione dell'odontoiatra se in fibra di carbonio o ceramica vetrosa. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	60,00
RICOSTRUZIONE MONCONE IN MATERIALE COMPOSITO, CVI, AMALGAMA (PER ELEMENTO) - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni.	53,00
RIMOZIONE DI CORONE O PERNI ENDOCANALARI (PER SINGOLO PILASTRO O PER SINGOLO PERNO). NON APPLICABILE AGLI ELEMENTI INTERMEDI DI PONTE, IN ESTENSIONE O IN ASSOCIAZIONE ALLA RICHIESTA DI IMPIANTO O ALL'ESTRAZIONE DELLO STESSO ELEMENTO DENTARIO - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni.	15,00
RIPARAZIONE DI FACCETTE IN RESINA O CERAMICA (SOLO PER ELEMENTI PRECEDENTEMENTE PROTESIZZATI) - Rimborso non ripetibile prima di 2 anni.	38,00
CORONA PROVVISORIA IN RESINA - DIRETTA (PER ELEMENTO) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	23,00
APPARECCHIO SCHELETRATO (STRUTTURA LNP O LP, COMPRENSIVO DI ELEMENTI - PER ARCATA) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	458,00
PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE COMPRENSIVO DI GANCI ED ELEMENTI (PER EMIARCATA) - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	248,00

PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA, COMPRENSIVO DI GANCI ED ELEMENTI (PER EMIARCATA) - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	90,00
PROTESI TOTALE CON DENTI IN RESINA O CERAMICA (PER ARCATA) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	555,00
PROTESI TOTALE IMMEDIATA PROVVISORIA (PER ARCATA) Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	203,00
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, PER ARCATA - SISTEMA INDIRETTO Rimborso non ripetibile prima di 1 anno. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico.	71,00
SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE/PRECISIONE IN LNP O LP FUSO PREFABBRICATO (QUALSIASI TIPO-PER ELEMENTO) - Rimborso non ripetibile prima di 5 anni. Comprovato da copia della dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odntotecnico. Obbligo di trasmissione preventiva del Piano di cure.	75,00
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE, PER ARCATA - SISTEMA DIRETTO Rimborso non ripetibile prima di 1 anno.	60,00

ALLEGATO 6.
CONDIZIONI DI NON ASSISTIBILITÀ GARANZIA RENDITA VITALIZIA PER NON AUTOSUFFICIENZA.

(valide per i Piani 1, 2 e 3)

Ai fini dell'operatività della garanzia in oggetto, le persone assistite non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di inassistibilità:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio copertura, per almeno uno degli atti ordinari della vita quotidiana riportati nella sezione relativa alla garanzia LTC;
- aver diritto, aver richiesto e/o percepire una pensione di invalidità, e/o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tali quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati su cui non è possibile intervenire clinicamente).

In deroga al precedente paragrafo, i Dipendenti appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle L. n. 482/1968 e n. 68/1999) sono considerati assistibili.
Al riguardo, si evidenzia che la garanzia non opera qualora lo stato di “non autosufficienza” sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle predette normative (L. n. 482/1968 e n. 68/1999).

ALLEGATO 7.
ESCLUSIONI ASSISTIBILITÀ GARANZIA LONG TERM CARE.

(valide per i Piani 1, 2 e 3)

Senza pregiudizio per quanto disposto nell'Allegato 6, il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- dolo del Datore o dell'Assistito;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assistito;
- partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assistito a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- partecipazione attiva dell'Assistito a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assistito di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le loro indicazioni al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo se l'Assistito viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assistito non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assistito, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'adesione al Fondo e già diagnosticati in tale data all'Assistito;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili a una causa organica;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, motonautici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, il pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove e allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.

ALLEGATO 8.
PRESTAZIONI ESCLUSE DALLE GARANZIE.

(valide per i Piani 1, 2 e 3 - Per garanzia LTC vedere gli Allegati 6 e 7)

Il Fondo non è operante per:

1) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

2) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; (esclusione solo per il Piano 1; per il Piano 2, il Fondo non interviene per le protesi dentarie e la cura delle paradontopatie);

3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

4) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;

5) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

6) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

7) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

8) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;

9) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

10) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari e invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

11) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;

12) medicinali non somministrati in degenza;

13) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge e gli onorari di medici specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto dall'art. 5.13;

14) le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;

15) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità a eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);

16) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;

17) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia e infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);

18) qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente escluso quanto espressamente previsto;

19) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;

20) emodialisi (esclusione valida solo per il piano 1), esami termografici; iniezioni sclerosanti (salvo quanto previsto all'Allegato 1 per Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto – Ano); lenti da vista, lenti a contatto e montature;

21) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;

22) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati.

ALLEGATO 9.
GLOSSARIO.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO:
prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSISTITO:
il Dipendente (inclusi, qualora da questi richiesto, i relativi componenti del nucleo familiare come di seguito meglio definito) del Datore che, previa sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno, ha richiesto l'adesione al Fondo.

ASSICURAZIONE:
il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente Fondo.

CARENZA:
il periodo iniziale decorrente dalla data di efficacia delle coperture del Fondo, assicurativa durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto l'eventuale sinistro non è indennizzato all'Assistito.

CARTELLA CLINICA:
il documento ufficiale redatto durante il ricovero con pernottamento o il day hospital/surgery o l'intervento ambulatoriale, contenente le generalità dell'Assistito, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

DATORE:
entità giuridiche, quali aziende, associazioni o altre collettività in genere che hanno aderito al Fondo al fine di rendere i propri Dipendenti (inclusi, qualora da essi richiesto, i componenti del nucleo familiare come di seguito meglio definito) fruitori delle prestazioni del Fondo.

DIPENDENTE:
l'associato o il soggetto appartenente alla collettività identificata dal Datore che, previa sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno, ne ha richiesto l'adesione al Fondo.

FONDO:
Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita.

FRANCHIGIA:
la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assistito.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO:
l'Intervento chirurgico rientrante nell'elenco dei Grandi interventi chirurgici inserito nel presente fascicolo informativo (Allegato 1).

INDENNITÀ SOSTITUTIVA:
importo giornaliero erogato dal Fondo in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

INFORTUNIO:
l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO:
l'atto medico realizzato in strutture sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo.
Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

ISTITUTO DI CURA:
l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

MALATTIA:
ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.

MALFORMAZIONE:
deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE:
la somma fino alla concorrenza della quale il Fondo corrisponde la prestazione.

NETWORK CONVENZIONATO:
l'insieme di istituti di cura, centri diagnostici ed équipe mediche e chirurgiche eroganti servizi sanitari che alla data del sinistro abbiano stipulato un convenzionamento ai sensi del quale possono fornire all'Assistito le prestazioni sanitarie con costo sostenuto dal Fondo, tramite la compagnia di assicurazione incaricata, in nome e per conto dell'Assistito, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

RETTA DI DEGENZA:
costo giornaliero per il soggiorno in istituto di cura e per l'assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.

RICOVERO:
la degenza dell'Assistito in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

RICOVERO IMPROPRIO:
la degenza (ricovero) in istituto di cura, che risulta non necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non è praticata alcuna terapia complessa e sono eseguiti solo accertamenti diagnostici, ordinariamente effettuati in regime ambulatoriale, senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

SCOPERTO:
la percentuale del danno che rimane a carico dell'Assistito.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI:
prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso istituti di cura, centri medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura sono escluse, in ogni caso, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista, la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

VISITA SPECIALISTICA:
la visita è effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui la specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

POSTEVITA FONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

GUIDA AI PIANI SANITARI 1-2-3.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA.

Edizione Gennaio 2017

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita
Sede legale:
Viale Europa, 190 • 00144 Roma
Tel. (+39) 06 549241
Fax (+39) 06 54924203

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita