

Piani sanitari 2022 – 2023



Base p - Base+ p - Standard p
Plus p - Extra p

Le persone ipovedenti che utilizzano uno screen reader (es. Jaws), per fruire di una corretta lettura dei dati riportati nelle tabelle, possono utilizzare la combinazione tasti CTRL + ALT + frecce direzionali, o possono avvalersi della guida in linea dello screen reader richiamabile con la combinazione tasti “tasto caldo” + F1 F1 (es. per Jaws la combinazione tasti Insert + F1 F1) per conoscere tutti gli aiuti per la lettura del documento.

I piani sanitari in oggetto sono **polizze malattia/infortuni**, la cui finalità è quella di indennizzare gli assicurati dalle spese che dovessero sostenere per curare o accertare una patologia, presunta o conclamata.

È sempre necessario che ciascuna richiesta di indennizzo sia accompagnata da documentazione medica da cui si possa evincere la diagnosi, o il sospetto diagnostico, che ha reso necessaria la prestazione (non è sufficiente l'indicazione del solo sintomo). Fanno eccezione le prestazioni contemplate nell'Area Prevenzione.

Le prestazioni descritte nel documento possono essere usufruite dagli assistiti, con applicazione di condizioni differenziate, con le seguenti modalità:

FORMA DIRETTA/ IN RETE	FORMA INDIRECTA/ FUORI RETE	FORMA MISTA	S.S.N.
presso strutture/specialisti facenti parte della Rete Convenzionata e previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa	presso altre strutture/specialisti non facenti parte della Rete Convenzionata o per prestazioni non convenzionate	applicabile per le sole prestazioni dell'Area Ricovero, effettuate presso strutture facenti parte della Rete Convenzionata (accessibili in forma diretta), ma con equipe medica e/o prestazione non in convenzione (spese rimborsabili in forma indiretta)	presso strutture del servizio sanitario pubblico con pagamento del ticket, quando previsto

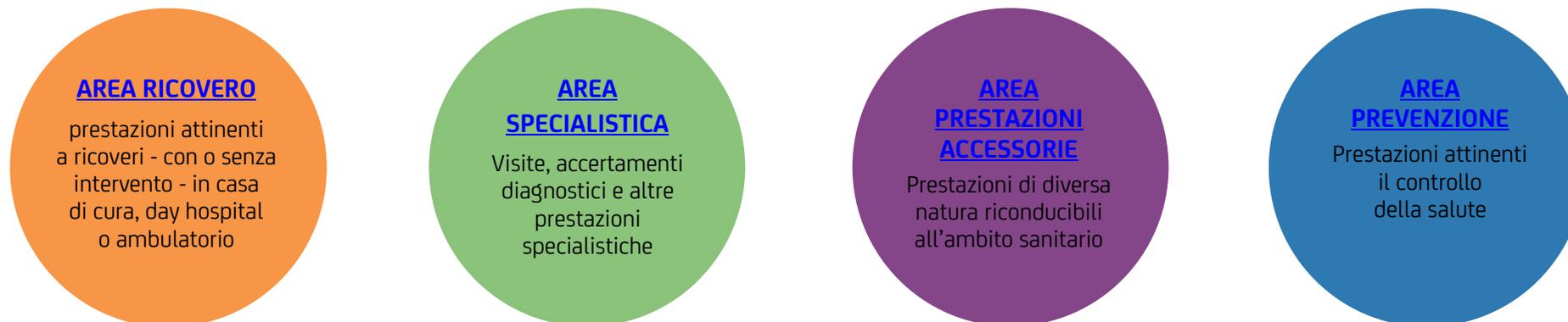
Prima di accedere alle prestazioni sanitarie si raccomanda di consultare sempre, oltre alle condizioni di polizza:

- la **“Guida all’Assistito”** che consente di conoscere a priori le corrette modalità e condizioni di accesso alle prestazioni;
- la sezione finale del presente documento **“Polizze assicurative: Interpretazioni”** che riporta interpretazioni condivise con l’assicuratore in merito ad alcune prestazioni.

Il presente documento **non sostituisce la fonte normativa contrattuale delle garanzie sanitarie che è costituita dalla Polizza**, da consultare preventivamente prima di accedere alle prestazioni, con particolare attenzione alle eventuali **“esclusioni”** di copertura.

Si rammenta che nel **Regolamento di Adesione** sono specificate le polizze spettanti.

Le prestazioni ricomprese nei Piani sanitari sono raggruppate in 4 categorie:



Nei seguenti prospetti sono evidenziate le caratteristiche delle 5 coperture riservate al personale in quiescenza (da consultare in base alla scelta individuale di adesione); le previsioni uguali sono riportate una sola volta, mentre le differenze sono specificate.

PENALIZZAZIONE:

in caso di accesso in forma indiretta presso strutture/professionisti convenzionati accessibili in forma diretta è prevista una penalizzazione: in questi casi sono applicati scoperti /franchigie maggiorati del 50%; qualora si tratti di cliniche TOP la maggiorazione è del 100% (cfr. elenco Cliniche Top a pag. 66).

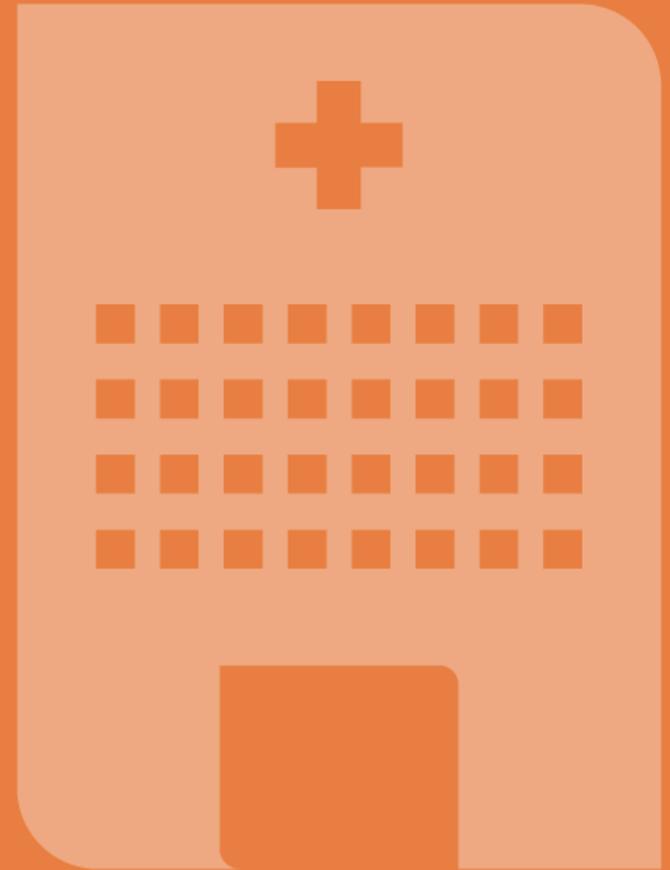
La penalizzazione non si applica all'Area Ricovero.

Durante il c.d. "periodo transitorio", tale maggiorazione non sarà applicata alle prestazioni che non siano già accessibili in forma diretta dal 1.1.2022.



Area Ricovero

Prestazioni attinenti a ricoveri - con o senza intervento -
in casa di cura, day hospital o ambulatorio



Area Ricovero

RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	<p>Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure. Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni</p>	<p>Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure. Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.</p>	<p>Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali ed endoprotesi; medicine, accertamenti diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni</p>		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg., trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	<p>Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: € 1.500 No Rete: 25% minimo € 2.000</p>				
NOTE	<p>Nel caso di trapianto, sono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto del donatore Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica" Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza Per gli interventi chirurgici con plafond cfr. elenco a pagine 67/68</p>				

Area Ricovero (segue)

RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO a scopo ricostruttivo	BASE	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Spese di ricovero a seguito di mastectomia o quadrantectomia e relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso supporto psicologico:				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 90 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	senza alcuna limitazione giornaliera (non sono comprese le spese voluttuarie)				
MASSIMALE	€ 5.000 anno/nucleo (sottomassimale)				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 1.000 No Rete: 20% minimo € 1.000				
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"				

Area Ricovero (segue)

RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO Ricovero Medico (*)	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 5 gg. per evento / € 50 gg.				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750		Rete: € 500 No Rete: 20% minimo € 1.750		
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica" <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i> (* Limite massimo di 5 giorni di ricovero per un massimo di n. 3 ricoveri anno/persona, superati i quali non è previsto alcun indennizzo. Inoltre, il ricovero medico è escluso se effettuato a scopo diagnostico e per diagnosi pre-intervento chirurgico.				

Area Ricovero (segue)

RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO per Gravi Eventi Morbosi	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”) Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750		Rete: € 500 No Rete: 20% minimo € 1.750		
NOTE	Cfr. “Elenco Gravi Eventi Morbosi” Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica” <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i>				

Elenco gravi eventi morbosi

- A. **INFARTO MIOCARDICO ACUTO**
- B. **INSUFFICIENZA CARDIACA O RESPIRATORIA**
che presenti contemporaneamente almeno due delle seguenti manifestazioni:
- dispnea
 - edemi declivi
 - aritmia
 - angina instabile
 - edema o stasi polmonare
 - ipossiemia
- C. **NEOPLASIA MALIGNA**
istologicamente documentata
- D. **DIABETE**
complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
- ulcere torpide
 - decubiti
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
 - infezioni urogenitali o sovrinfezioni
 - retinopatia
 - chetoacidosi
 - coma diabetico
- E. **GRAVI TRAUMATISMI**
– con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto
- F. **USTIONI DI SECONDO GRADO**
con estensione pari almeno al 20% del corpo
- G. **VASCULOPATIA ACUTA**
a carattere ischemico o emorragico cerebrale
- H. **SCLEROSI A PLACCHE**
con un deficit funzionale significativo (3-4 scala EDSS)
- I. **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**
- J. **STATO DI COMA**
- K. **PARAPLEGIA E/O TETRAPLEGIA**
- L. **MALATTIA DI ALZHEIMER**
allo stadio 5 o superiore della scala di Reisberg certificata da UVA (Unità Valutativa Alzheimer) di struttura neurologica pubblica;
- M. **MORBO DI PARKINSON**
allo stadio 3 o superiore della scala di Hoehn & Yahr, certificata da struttura neurologica pubblica;
- N. **OSTEOMIELE**
- O. **INFEZIONI GRAVI, INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE**
- P. **GRAVI EVENTI MORBOSI "SIMILARI" PER TIPOLOGIA, EVENTO, DIAGNOSI E CURA A QUELLI INDICATI DALLA LETTERA A) ALLA LETTERA H)**

Area Ricovero (segue)

RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO per Riabilitazione Post Chirurgica	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750		Rete: € 500 No Rete: 20% minimo € 1.750		
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica" <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i> Per ricoveri per Riabilitazione Post Chirurgica di Lunga Degenza consultare il punto successivo.				

Area Ricovero (segue)

RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO per Lunga Degenza	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
CONDIZIONI	<p>Ricovero medico in degenza riabilitativa per il recupero e/o il miglioramento delle condizioni fisiche dell'assistito mediante trattamenti medici e/o fisioterapici con permanenza presso Strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza (es. RSA Residenze Sanitarie Assistenziali), o reparti di strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza qualora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica nell'ambito del medesimo ricovero e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni; - vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e ulteriore ricovero per riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni; 				
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari medici, cure, accertamenti diagnostici, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali				
PRESTAZIONI PRE e POST	Non previste				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	<p>Rete: senza limiti giornalieri (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati)</p> <p>Fuori Rete: fino a concorrenza di € 200,00 giornalieri per i primi 6 mesi e di € 150,00 per i successivi mesi di permanenza. Tale previsione si applica a partire dal 31° giorno di degenza complessiva; sino al 30° giorno di degenza complessiva, saranno applicate le previsioni relative alle rette di degenza di cui al ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>				
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 25% minimo € 1.750		Rete: € 500 No Rete: 20% minimo € 1.750		
NOTE	<p>Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"</p> <p>Qualora la degenza riabilitativa venga effettuata in strutture sanitarie non dedicate alla lungo degenza, a partire dal 31° giorno di degenza complessiva verranno rimborsate rette di degenza fino a concorrenza di € 100,00 giornalieri, per i ricoveri effettuati sia in forma diretta che indiretta.</p> <p>Nei casi in cui non siano presenti strutture sanitarie dedicate: entro 50 Km dalla residenza/domicilio dell'assistito; oppure, se il ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica è avvenuto in altra città rispetto a quella di residenza/domicilio e l'assistito decida di proseguire il ricovero nella stessa città, entro 50 Km dal luogo in cui si trova la struttura sanitaria in cui è avvenuto il predetto ricovero, saranno applicate le previsioni di cui al punto "rette di degenza" del ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza.</p>				

Area Ricovero (segue)

GRANDI INTERVENTI	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	<p>Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni</p>	<p>Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: max. 30 gg. x evento / € 50 € gg.</p>	<p>Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi, medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, trattamenti rieducativi, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore") Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni</p>		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	<p>Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>	<p>Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 300 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)</p>
MASSIMALE	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: € 1.250 No Rete: 25% minimo € 1.750</p>				
NOTE	<p>Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante. Cfr. Elenco grandi interventi Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica" <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i></p>				

Elenco grandi interventi chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) Interventi di derivazione
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) Interventi di devascularizzazione
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica
 - transezione esofagea per via addominale
 - econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
 - transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiac
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica

- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauetere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ALTRE VOCI

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:

- il trapianto di organi con espianto di organi del donatore;

il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a giorni 3.

Area Ricovero (segue)

DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure		Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiali d'intervento ed endoprotesi; medicinali, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, assistenza medica ed infermieristica, cure Assistenza infermieristica individuale: senza limitazioni Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 200 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri; no Rete: € 250 al gg. (non sono comprese le spese voluttuarie)
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 20% min € 1.750				
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica" <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i> Per gli interventi chirurgici con plafond cfr. elenco a pagine 67/68				

Area Ricovero (segue)

DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici		Assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure, onorari medici Accompagnatore (cfr. sez “Accompagnatore”)		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ , cure anche termali (escluse le spese alberghiere) nei 100 gg.				
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 200 al gg	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti giornalieri No Rete: € 250 al gg.
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 no Rete: 20% min € 1.500				
NOTE	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell’ambito della garanzia “Area ricovero” le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell’ambito della garanzia “Area Specialistica” <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i>				

Area Ricovero (segue)

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica		Onorari equipe; diritti sala operatoria; materiale di intervento, medicine, accertamenti. diagnostici, fisioterapia e trattamenti rieducativi, cure, assistenza infermieristica Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")		
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere) nei 100 gg. trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg.				
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 350 No Rete: 25% minimo € 750		Rete: € 350 No Rete: 20% minimo €750		
NOTE	<p><i>Per la fattispecie di intervento ambulatoriale contestuale a visita medica specialistica, consultare la sezione "Polizze Assicurative: Interpretazioni"</i></p> <p>Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"</p> <p><i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i></p> <p>Per gli interventi chirurgici con plafond cfr. elenco a pagine 67/68</p>				

Area Ricovero (segue)

PARTO CESAREO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe, diritti sala parto, materiali, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.		Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure, nei 100 gg. Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 120 gg		
SPESE NEONATO	-	-	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)				
MASSIMALE	€ 3.500 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 4.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)	€ 9.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)
SCOPERTO FRANCHIGIA	-				
NOTE	<p>E' previsto il rimborso dell'assistenza ostetrica (durante il ricovero e nelle prestazioni PRE e POST) con il sub limite di € 1.500 per anno e per nucleo. Le condizioni sono applicabili anche in caso di aborto terapeutico. <i>Per la fattispecie di parto cesareo su volere della madre, consultare la sezione "Polizze Assicurative: Interpretazioni".</i></p> <p>Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica". <i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i></p>				

Area Ricovero (segue)

PARTO FIOLOGICO	<u>BASE p</u>	<u>BASE+ p</u>	<u>STANDARD p</u>	<u>PLUS p</u>	<u>EXTRA p</u>
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (cfr. sez "Accompagnatore")				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure, nei 100 gg.				
SPESE NEONATO	-	-	Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo.		
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza limiti giornalieri (non sono comprese le spese voluttuarie)				
MASSIMALE	€ 2.500 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato)
SCOPERTO FRANCHIGIA	-				
NOTE	E' previsto il rimborso dell'assistenza ostetrica (durante il ricovero e nelle prestazioni PRE e POST) Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"				

Area Ricovero (segue)

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure				
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure nei 100 gg.				
RETTE DI DEGENZA	Ricoveri: - Rete: senza limitazione giornaliera - No Rete: fino a 200,00€/g Non sono comprese le spese voluttuarie		Ricoveri: - Rete: senza limitazione giornaliera - No Rete: fino a 300,00€/g (ridotto a 250,00€ per Day Hospital) Non sono comprese le spese voluttuarie		
MASSIMALE	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	15.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra)
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 350 No Rete: 10% minimo € 1.500	Rete: € 350 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: € 200 No Rete: 20% minimo € 1.000	Rete: € 200 No Rete: 20% minimo € 1.000	Rete: € 0 No Rete: 20% minimo € 1000
NOTE	La copertura riguarda: osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radiocolari, adamantinoma, odontoma. È richiesta la presentazione di documentazione particolare (vds. estratto polizza). Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"				

Area Ricovero (segue)

MIOPIA	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONE	-	Rimborso spese chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri, onorari equipe, diritti sala operatoria, materiale di intervento			
PRESTAZIONI PRE	-	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.			
PRESTAZIONI POST	-	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche nei 100 gg.			
RETTE DI DEGENZA (ricoveri non SSN)	-	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 250 al gg (compreso il caso di ricovero in regime di Day Hospital) (non sono comprese le spese voluttuarie)	Rete: senza limiti giornalieri. No Rete: € 300 al gg (€ 250 al gg in caso di ricovero in regime di Day Hospital) (non sono comprese le spese voluttuarie)		
CONDIZIONI	-	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie			
MASSIMALE	-	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 150.000 nucleo/anno	€ 500.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Rete: € 350 No Rete: 10% min. € 500/1.200/1.500 (in base a tipologia intervento: ambulatoriale, day hospital o con ricovero)	Rete: € 200 No Rete: 10% min. € 1.000	Rete: € 200 No Rete: 10% min. € 1.000	Rete: € 0 No Rete: 10% min. € 1.000
NOTE	-	Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"			

Area Ricovero (segue)

RICOVERI A TOTALE CARICO S.S.N.(*)	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
DIARIA SOSTITUTIVA (per ogni g di ricovero intendendosi tale quello comprendente il pernottamento)	€ 55 al giorno 50% di € 55/g per Day Hospital (che si sia esaurito in giornata)	€ 55 al giorno € 30 al g. Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) € 75 al g. x Grande Intervento	€ 80 al g. con intervento € 60 al g. senza intervento € 40/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) con intervento € 30/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) senza intervento € 100 al g. Grande Intervento		€ 100 al giorno € 50 al g. Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) € 120 al g. Grande Intervento
LIMITI DIARIA	90 gg. persona/anno	120 gg. persona/anno	180 gg. persona/anno	180 gg. persona/anno	300 gg. persona/anno
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.				
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure (anche termali, escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾ nei 100 gg.				
NOTE	<p>Prestazioni post: Nel solo caso di intervento il limite di 100 gg sarà elevato a 120 gg. per i trattamenti fisioterapici e rieducativi</p> <p><i>Trattamenti fisioterapici e rieducativi ⁽¹⁾: rimborsabili solo se effettuati esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i></p> <p>Non potranno essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito della garanzia "Area ricovero" le prestazioni PRE che siano già state liquidate nell'ambito della garanzia "Area Specialistica"</p>				

(*) cfr. polizza Area ricoveri lettera C

Area Ricovero (segue)

ACCOMPAGNATORE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Rimborso spese relative a vitto/pernottamento e di trasporto per un accompagnatore				
CONDIZIONI	Prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 6), 7), 9), 10), 11)	Prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 6), 7), 10), 11), 12)	Prestazioni di cui alla lett. A, punti 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 10), 11), 12)		
MASSIMALE	€ 60 al giorno per max 30 gg nucleo/anno			€ 80 al giorno per max 90 gg nucleo/anno Grande Intervento chirurgico: € 180 al giorno per max 90 gg nucleo/anno	

TRASPORTO SANITARIO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero				
CONDIZIONI	Prestazioni di cui alle lett. A (esclusi i punti 5), 8) e C	Prestazioni di cui alle lett. A (esclusi i punti 5), 8), 9) e C			
MASSIMALE	€ 2.000 nucleo/anno				€ 3.000 nucleo/anno



Area Specialistica

Visite, accertamenti diagnostici e altre prestazioni specialistiche



Area Specialistica

ALTA SPECIALIZZAZIONE (CURE E ALTA DIAGNOSTICA)	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Rimborso per: prestazioni di alta diagnostica come da elenco allegato				
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)				
MASSIMALE	€ 4.500 nucleo/anno	€ 5.000 nucleo/anno			€ 7.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: franchigia € 60 per prestazione/ ciclo di terapia</p> <p>No Rete: 30% min € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>	<p>Rete: franchigia € 60 per fattura</p> <p>No Rete: 30% min. € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>			<p>Rete: franchigia € 35 per fattura</p> <p>No Rete: 30% min. € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>

(*) vedi “Guida all’Assistito

Elenco cure e diagnostica

DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Coronarografia
- Scintigrafia
- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- Rmn con o senza m.d.c.
- Tac con o senza m.d.c.

ENDOSCOPIE (anche con prelievo biptico)

- Broncoscopia
- Rettoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia

Le asportazioni di polipi, cisti tramite endoscopia sono considerati interventi chirurgici

TERAPIE

- Dialisi
- Alcolizzazione
- Laserterapia (esclusa per fini riabilitativi con eccezione di quella effettuata per patologie in forma acuta, rimborsabile entro il limite massimo di 18 sedute).
Si precisa che la prestazione indicata in elenco non è quella utilizzata a fini chirurgici (es. exeresi di verruca o nevo).
Consultare la sezione "Polizze Assicurative: Interpretazioni" in materia di Laserterapia

TERAPIE ATTINENTI PATOLOGIE ONCOLOGICHE

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Cobaltoterapia

Area Specialistica (segue)

ALTA DIAGNOSTICA (TEST GENETICI PRENATALI SU DNA FETALE)	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali E e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe).				
CONDIZIONI	A partire dal 30° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto Prescrizione medico ASL o specialista (*)				
MASSIMALE	€ 5.000 nucleo/anno				
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: franchigia € 60 per prestazione</p> <p>No Rete: 30% min € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>	<p>Rete: franchigia € 60 per fattura</p> <p>No Rete: 30% min. € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>	<p>Rete: franchigia € 60 per fattura</p> <p>No Rete: 30% min. € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>	<p>Rete: franchigia € 35 per fattura</p> <p>No Rete: 30% min. € 75 per fattura</p> <p>Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta</p> <p>Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta</p>	

(*) vedi “Guida all’Assistito”

Area Specialistica (segue)

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSTICA ORDINARIA)	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONE	-	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)			
CONDIZIONI	-	Prescrizione medico ASL o specialista (*)			
MASSIMALE	-	Compreso in € 3.000 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE			Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Rete: franchigia € 60 per fattura No Rete: 30% min. € 75 per fattura Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta			Rete: franchigia € 35 per fattura No Rete: 30% min. € 75 per fattura Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma
NOTE	-	Accertamenti diagnostica ordinaria non ricompresi nell’alta diagnostica Consultare la sezione “Polizze Assicurative: Interpretazioni” per le fattispecie relative a: malattie mentali / algie o sintomi / astenia			

(*) vedi “Guida all’Assistito”

Area Specialistica (segue)

VISITE SPECIALISTICHE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Rimborso onorari visite: Cardiologiche Oncologiche	Rimborso onorari visite, escluse: Pediatrie di controllo Odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)			
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)				
MASSIMALE	€ 2.500 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno			€ 5.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: franchigia € 60 per prestazione No Rete: 30% min € 75 per fattura Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta	Rete: franchigia € 60 per fattura No Rete: 30% min. € 75 per fattura Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta			Rete: franchigia € 35 per fattura No Rete: 30% min. € 75 per fattura Franchigia 45% min € 112.50 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 60% min € 150 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta
NOTE	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio Gli atti medici (es. infiltrazioni) sono liquidati nell'ambito di tale garanzia e prevedono l'indennizzo della sola prestazione del medico, non del farmaco che resta a carico dell'assicurato <i>Consultare la sezione “Polizze Assicurative: Interpretazioni” per le fattispecie relative a: intervento chirurgico ambulatoriale contestuale a visita medica specialistica / malattie mentali / algie o sintom / astenia / visite domiciliari</i>				

(*) vedi “Guida all’Assistito”

Area Specialistica (segue)

FISIOTERAPIA	BASE	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	Rimborso costo terapia			
CONDIZIONI	-	Trattamenti a seguito - Infortunio, documentato da certificato PS redatto entro 48 ore dall'evento (1) e occorso entro 24 mesi antecedenti la prestazione fisioterapica - Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche e omeoplastiche - Interventi cardiocirurgici e di chirurgia toracica; amputazione di arti Prestazioni rese a fronte prescrizione medica <i>Rimborsabile solo se effettuata esclusivamente c/o Centri Medici dotati di Direzione Sanitaria- cfr. Glossario Polizza</i>			
MASSIMALE	-	€. 500 nucleo/anno	€. 1.400 nucleo/anno		Compreso in €. 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	20% min. € 60 per ciclo di cura	Rete: franchigia di 40 euro per ciclo di cura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per ciclo di cura		
	-	Franchigia 30% min € 90 per ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 40% min € 120 per ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta.			
NOTE	-	(1) Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo redatto entro 48 ore dall'evento. NON è previsto il rimborso di spese sostenute per il noleggio dei macchinari utilizzati a fini riabilitativi Per la fattispecie “Rimborso spese fisioterapiche” consultare la sezione “Polizze Assicurative: Interpretazioni”			

Area Specialistica (segue)

FISIOTERAPIA DOMICILIARE	BASE	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	Tramite Centrale Operativa l'Assistito può richiedere di poter fruire della prestazione di riabilitazione direttamente presso il proprio domicilio.			
CONDIZIONI	-	<p>Trattamenti a seguito:</p> <p>Infortunio, documentato da certificato PS <u>redatto entro 48 ore dall'evento</u> (1) e occorso entro 24 mesi antecedenti la prestazione fisioterapica</p> <p>Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche e ormeoplastiche</p> <p>Interventi cardiocirurgici e di chirurgia toracica; amputazione di arti</p> <p>Prestazioni rese a fronte prescrizione medica</p>			
MASSIMALE	-	Cfr. massimale Fisioterapia	Cfr. massimale Fisioterapia	Cfr. massimale Fisioterapia	Cfr. massimale Fisioterapia
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Per l'accesso a tale regime di erogazione è previsto solamente un costo di chiamata/attivazione di € 20,00.			
NOTE	-	<p>(1) Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo <u>redatto entro 48 ore dall'evento</u>.</p> <p>Prestazione erogabile soltanto in Rete/Forma Diretta (non in forma Indiretta /rimborsuale)</p> <p>Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto.</p> <p>Il servizio è disponibile su tutto il territorio Nazionale</p>			

Area Specialistica (segue)

AGOPUNTURA	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI			-		Rimborso costo terapia
CONDIZIONI			-		Prescrizione medico ASL o specialista Prestazioni rese da un medico
MASSIMALE			-		Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA			-		20% min. € 40 per fattura

Area Specialistica (segue)

CURE ONCOLOGICHE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Assistenza infermieristica domiciliare Chemioterapia Radioterapia Altre terapie finalizzate alle cure oncologiche Visite specialistiche				
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)				
MASSIMALE	€ 2.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 2.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 10.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 10.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche	€ 12.000 nucleo/anno. In caso di esaurimento si utilizza il medesimo massimale previsto per l'alta specializzazione e per le visite specialistiche
SCOPERTO FRANCHIGIA	-				
NOTE	Le visite specialistiche per follow up oncologico sono liquidate nell'ambito di tale garanzia per un periodo massimo di 10 anni dalla data di insorgenza della patologia				

(*) vedi "Guida all'Assistito"

Area Specialistica (segue)

LOGOPEDIA	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	-	Logopedia a seguito di malattia o infortunio effettuata da personale abilitato		
CONDIZIONI	-	-	Certificazione Pronto Soccorso in caso di infortunio Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	-	-	1.000 € anno/nucleo		
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura		
	-	-	Franchigia 30% min € 90 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 40% min € 120 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta.		

PSICOTERAPIA	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	-	Psicoterapia		
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista		
MASSIMALE	-	-	1.000 € anno/nucleo		1.500 € anno/nucleo
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Rete e fuori Rete: 50% del costo sostenuto e documentato		

Area Specialistica (segue)

PACCHETTO MATERNITA'	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Visite ed accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza				
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista				
MASSIMALE	€ 500 anno/nucleo				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessuno				
NOTE	In caso di aborto spontaneo/naturale, entro 3 mesi dall'evento, rimborso integrale di 1 visita ginecologica di controllo e di massimo 3 visite di supporto psicologico, sia in rete che fuori rete.				

Area Specialistica (segue)

DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) del minore	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)				
CONDIZIONI	La diagnosi <i>Disturbo Specifico dell'Apprendimento</i> , secondo quanto previsto da DSM-5, deve essere certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale. Per l'accesso alle prestazioni è necessaria prescrizione del medico specialista o di base (ASL) con relativo quesito diagnostico				
MASSIMALE	€ 1.500 anno/nucleo per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM-5 € 500 anno/nucleo per i casi lievi, secondo DSM-5				
MASSIMALE	Rete: franchigia di € 40 per fattura Fuori rete: scop 20% min. € 60 per fattura				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Franchigia 30% min € 90 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta Franchigia 40% min € 120 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta				
NOTE	Garanzia aggiuntiva a quella relativa a Logopedia				

Area Specialistica (segue)

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione				
CONDIZIONI	-				
MASSIMALE	€ 3.000 nucleo/anno				
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	-	-	Per le Estensioni in NOTE: 30% min. € 50 per fattura
NOTE	-	-	-	-	La copertura si estende a: presidi ortopedici cinti erniari busti ortopedici curativi protesi oculari ausili mobilità ausili udito ausili fonazione. Sono escluse: calzatura a plantare corsetteria e busti estetico/formativi

Consultare la sezione “Polizze Assicurative: Interpretazioni” in materia di Plantari e Presidi Ortopedici

Area Specialistica (segue)

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Rimborso spese conseguenti a infortunio				
CONDIZIONI	Certificazione Pronto Soccorso ospedaliero Infortunio occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure				
MASSIMALE	€ 3.000 nucleo/anno	€ 4.000 nucleo/anno	€ 4.000 nucleo/anno	€ 4.000 nucleo/anno	€ 7.000 nucleo/anno

RIMBORSO TICKET S.S.N.	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano.				
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista (*)				
MASSIMALE	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione				
NOTE	Alcune strutture sanitarie possono effettuare prestazioni sia in regime di SSN che in regime privato: al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione (quota ricetta di compartecipazione alla spesa del SSN).				

(*) vedi "Guida all'Assistito"

Area Specialistica (segue)

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	-	-	-	Spese mediche pediatriche (fino all'età di 14 anni)
MASSIMALE	-	-	-	-	€ 1.500,00 anno/nucleo € 500,00 anno/pro-capite
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	-	-	30%

LENTI	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	-	-	Rimborso occhiali e lenti a contatto correttive (escluse "usa e getta")	
CONDIZIONI	-	-	-	Prescrizione di medico oculista, ottico optometrista od ortottico e certificato di conformità Prima prescrizione o modifica del visus	
MASSIMALE	-	-	-	€ 300 nucleo/anno € 120 persona/anno	€ 400 nucleo/anno € 150 persona/anno
NOTE	-	-	-	Compresa montatura occhiali	

Area Specialistica (segue)

CURE DENTARIE	<u>BASE p</u>	<u>BASE+ p</u>	<u>STANDARD p</u>	<u>PLUS p</u>	<u>EXTRA p</u>
PRESTAZIONI	-	-	-	-	Cure, estrazioni e protesi dentarie con esclusione delle ortodontiche
MASSIMALE	-	-	-	-	€ 250,00 annui/nucleo (sub massimale di € 1.500,00 delle prestazioni aggiuntive/visite pediatriche)
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	-	-	35%

Area Specialistica (segue)

DIAGNOSI COMPARATIVA (SECOND OPINION)	<u>BASE p</u>	<u>BASE+ p</u>	<u>STANDARD p</u>	<u>PLUS p</u>	<u>EXTRA p</u>
PRESTAZIONI	-	-	-		Valutazione diagnostica per le più gravi patologie da parte dei maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata
CONDIZIONI	-	-	-		Il servizio può essere attivato per le seguenti patologie: Morbo di Alzheimer AIDS Cecità Malattie neoplastiche maligne Problemi cardiovascolari Sordità Insufficienza renale Perdita della parola Trapianti degli organi vitali Patologie neuromotorie Sclerosi Multipla Paralisi Morbo di Parkinson Ictus Coma
NOTE	-	-	-		Qualora lo desideri, l'utente può richiedere una visita presso lo specialista che ha valutato il caso. Vengono rimborsate esclusivamente le spese sostenute dall'Assistito relativamente al consulto medico



Area Prestazioni Accessorie

Prestazioni di diversa natura riconducibili all'ambito sanitario



Area Prestazioni Accessorie

PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)				
MASSIMALE	€ 1.000 per evento				

CURA TOSSICODIPENDENTI	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Contributo spese sostenute per il recupero				
CONDIZIONI	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL				
MASSIMALE	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)				

Area Prestazioni Accessorie (segue)

ANTICIPO SPESE SANITARIE	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Max. 50% spese				
CONDIZIONI	In caso di Grande Intervento				

ASSISTENZA INFERMIERISTICA	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	-	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera	Assistenza medica ed infermieristica domiciliare in caso di malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera
MASSIMALE	-	-	€ 50/g max 90gg anno/nucleo	€ 50/g max 90gg anno/nucleo	€ 50/g max 90gg anno/nucleo

RIMPATRIO SALMA	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Rimborso spese rimpatrio per decesso all'estero				
CONDIZIONI	In caso di ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico				
MASSIMALE	€ 1.500 per evento	€ 2.000 per evento	€ 2.000 per evento	€ 2.000 per evento	€ 2.000 per evento

Area Prestazioni Accessorie (segue)

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE SUCCESSIVA A GRANDI INTERVENTI	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	-	-	-	-	Ospedalizzazione a domicilio Assistenza sanitaria integrata a domicilio
CONDIZIONI	-	-	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	-	-	-	-	€ 15.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	-	-	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 1.200
NOTE	-	-	-	-	Max. 50 giorni per ricovero

PROCREAZIONE MEDICALE ASSISTITA (tutte le tecniche)	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata				
MASSIMALE	€ 700 anno/ nucleo				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: nessun scoperto / franchigia Fuori rete: nessun scoperto / franchigia				
NOTE	Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.				

Area Prestazioni Accessorie (segue)

ASSISTENZA POST PARTO	BASE p	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	<p>Prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito del parto.</p> <p>Supporto psicologico post parto Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche</p> <p>Controllo Arti inferiori Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori</p> <p>Week-end benessere Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni: visita dietologica incontro nutrizionista incontro personal trainer lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico trattamento termale</p>				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia				
NOTE	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto, previa prenotazione				

Area Prestazioni Accessorie (segue)

CURE TERMALI per MINORI	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Spese per cure termali, cure inalatorie e politzer effettuate dal minore. Sono inoltre previste una visita ad inizio cura e una visita a fine cura				
CONDIZIONI	Malattia o infortunio del minore				
MASSIMALE	<p>Massimo 1 (un) ciclo per anno (max. 12 sedute consecutive con una interruzione a metà ciclo), effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione.</p> <p>Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un importo massimo pari ad € 35 a seduta.</p>				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Le visite di inizio e fine cura sono riconosciute senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia				
NOTE	Sono escluse le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore				

SINDROME DI DOWN	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) la garanzia prevede l'erogazione di un'indennità				
CONDIZIONI	Diagnosi accertata nei primi 3 anni di vita del neonato				
MASSIMALE	€ 1.000 anno /neonato per un periodo massimo di 5 anni				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia				

Area Prestazioni Accessorie (segue)

NEONATI	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	<p>Cure ed interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti dei neonati, purché effettuati nel primo anno di vita.</p> <p>Nel caso in cui le predette malformazioni e/o difetti fisici siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile è elevato ai primi 10 anni di vita.</p>				

CONTO SALUTE	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI/CONDIZIONI	<p>Il Conto Salute rappresenta una forma di accumulo per finalità sanitaria finalizzata a garantire al nucleo familiare di accumulare, per le annualità successive, una parte delle disponibilità economiche per le prestazioni non utilizzate in un anno assicurativo.</p> <p>A) Bonus di Buona Salute:</p> <p>Qualora l'associato nel corso del biennio presenti un rapporto medio tra Sinistri e Contributi per il proprio nucleo familiare pari o inferiore al 75% ed abbia effettuato senza soluzione di continuità nel periodo di copertura i protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. sarà automaticamente accreditato sul suo Conto Salute un importo pari al 20% dell'ammontare del contributo dell'ultimo anno.</p> <p>Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).</p> <p>B) Risparmio Sanitario:</p> <p>Qualora il Nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione Sanitaria (con l'eccezione dei protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. che non rientrano in questo computo) ha facoltà di richiedere l'accredito sul proprio Conto Salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del contributo annuo.</p> <p>Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).</p>				

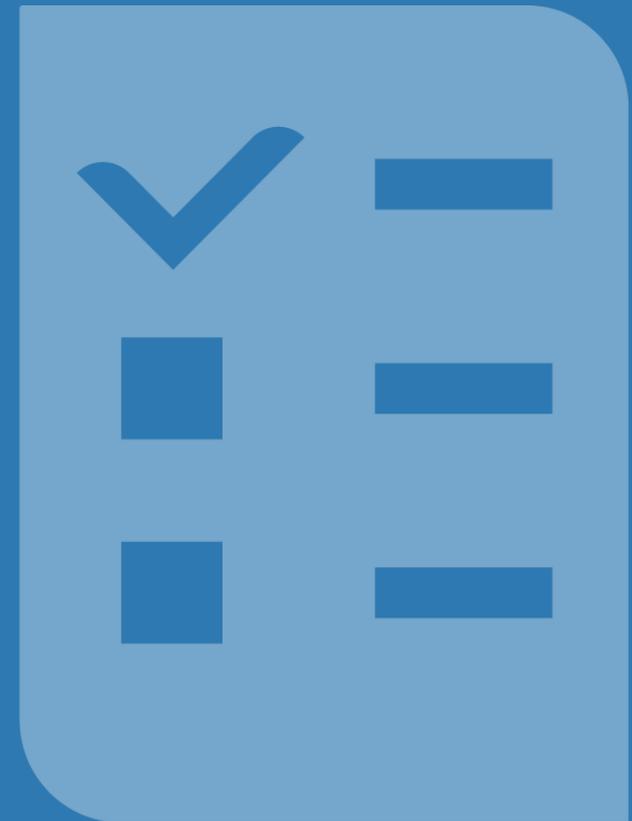
Area Prestazioni Accessorie (segue)

INDENNITA' PER I GENITORI RICOVERATI IN RSA	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	La garanzia prevede la corresponsione di un'indennità erogata, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia.				
CONDIZIONI	Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi				
MASSIMALE	In Rete: Regime non previsto. Fuori Rete: € 350,00 annuo per persona.				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia				



Area Prevenzione

Prestazioni attinenti il controllo della salute



Area Prevenzione

PREVENZIONE	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	<p>Le prestazioni di prevenzione sono offerte direttamente da Uni.C.A. nell'ambito della periodica Campagna di Prevenzione (di norma a cadenza biennale). Inoltre, sono previste, a carico dell'assicuratore, le seguenti prestazioni, fruibili o presso la Rete Convenzionata o presso i Centri Autorizzati Previmedical.</p>				

VISITE DI CONTROLLO	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Possibilità di effettuare 1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana una visita specialistica in qualsiasi specializzazione				
CONDIZIONI	La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo e non sarà richiesta pertanto, in fase di autorizzazione alcuna prescrizione medica o specialistica				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia				
NOTE	La prestazione è erogata in regime Diretto presso le strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical, previa prenotazione. Sono possibili le visite solo per le specializzazioni disponibili presso la struttura convenzionata.				

Area Prevenzione (segue)

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale				
CONDIZIONI	Trattandosi di un trattamento di natura preventiva non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia				
NOTE	<p>La prestazione è erogata esclusivamente in regime indiretto a seguito di presentazione della copia della fattura o scontrino di acquisto.</p> <p>AVVERTENZA: Prima di effettuare le prestazioni previste, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assistito/Assicurato</p>				

PREVENZIONE HERPES ZOSTER	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze a tutti gli Assistiti con età superiore a 55				
CONDIZIONI	Le prestazioni vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.				
SCOPERTO FRANCHIGIA	franchigia di € 36,15 per prestazione				
NOTE	<p>La prestazione è erogata in regime Diretto presso le strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical, previa prenotazione oppure in regime indiretto</p> <p>AVVERTENZA: Prima di effettuare le prestazioni, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assistito/Assicurato</p>				

Area Prevenzione (segue)

CONTROLLO PEDIATRICO	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni: - 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi - 1 visita ai 4 anni - 1 visita ai 6 anni				
CONDIZIONI	Le prestazioni vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.				
NOTE	La presente garanzia è erogata esclusivamente presso struttura convenzionata aderente al Network Previmedical in regime Diretto, previa prenotazione Garanzia aggiuntiva a quella per spese mediche pediatriche (fino all'età di 14 anni)				

CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	È previsto un consulto nutrizionale, comprensivo di dieta personalizzata, per biennio assicurativo/persona				
CONDIZIONI	In Rete: illimitato Fuori Rete: € 80,00 (€ 50,00 per la visita + € 30,00 per la dieta)				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessun scoperto / franchigia				

Area Prevenzione (segue)

CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	BASEp	BASE+ p	STANDARD p	PLUS p	EXTRA p
PRESTAZIONI	Spese sostenute per la conservazione familiare e autologa delle cellule staminali cordonali, sia in rete che fuori rete.				
MASSIMALE	€ 500 anno/nucleo				
SCOPERTO FRANCHIGIA	Nessuno				

Polizze assicurative: Interpretazioni

A seguito di segnalazioni di problemi interpretativi pervenute dagli Associati riguardo ad alcune patologie, sono stati condotti approfondimenti con la Compagnia Assicurativa ed il Provider Previmedical volti a chiarire le previsioni di polizza ed a pervenire a condivise interpretazioni delle previsioni medesime.

Si portano pertanto a conoscenza degli Assistenti le puntualizzazioni che ne sono derivate, in applicazione di un percorso di confronto e condivisione, pubblicate con News nella sezione Informativa del sito Uni.C.A.

ALGIE O SINTOMI

Per le **visite specialistiche** a fronte di algie/sintomi (ad es: lombosciatalgia, cervicalgia) volte a verificare **l'esistenza di una patologia** è richiesta la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi (non sono autorizzate prescrizioni con indicazione di sintomi vaghi e/o generici). La compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista. Lo “stato della patologia” rilevato non costituisce elemento di discriminazione per la rimborsabilità della prestazione.

Sono autorizzati/rimborsati gli **accertamenti strumentali** (radiologici o ecografici) rivolti ad **accertare l'origine del sintomo** (ad es. RMN per lombosciatalgia).

Si ricorda che, in tutti i casi, **la prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione**, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o di relazione contenente la diagnosi.

ASTENIA

Posto che l'astenia (senso di debolezza e affaticamento) è una sintomatologia, che può essere collegata a malattie, ma anche presentarsi in persone sane, per le più svariate ragioni, **non sono rimborsabili le spese sanitarie che poggiano sulla sola indicazione di “astenia”**, in quanto le nostre coperture presuppongono sempre l'indicazione della patologia in essere o del sospetto patologico.

INFORTUNIO

La polizza assicurativa (rif. “glossario”) definisce l'infornio come *“l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”*. Pertanto, affinché l'evento sia qualificabile come infornio ai sensi di polizza devono ricorrere **3 cause concomitanti**:

- per **“fortuito”** si intende: “frutto del caso”, “accidentale, non volontario”, “non prevedibile o inevitabile”;
- per **“violento”** si intende: “intenso e capace di danneggiare” (sono quindi escluse tutte le degenerazioni lente, come certe infiammazioni e gli sfilacciamenti);
- per **“esterno”**: deve intendersi una “causa esogena e non interna al proprio corpo (stato patologico preesistente), ovvero un evento provocato da una forza esterna”

L'infortunio deve essere documentato da **Certificato di Pronto Soccorso** ospedaliero, redatto entro 48 ore dall'evento¹ che è un atto pubblico che fa piena prova delle circostanze in esso riportate.

Tuttavia, la circostanza che nel verbale di Pronto Soccorso sia riportato il termine " infortunio" non determina di per sé l'indennizzabilità del sinistro ai sensi di polizza; per capire se si è in presenza di un infortunio o meno ai sensi di polizza è necessario esaminare quanto riportato sul certificato di Pronto Soccorso e sull'eventuale documentazione medica integrativa.

Le situazioni nelle quali coesistono patologie ed eventi fortuiti, violenti ed esterni devono essere valutate caso per caso, alla luce della documentazione medica presentata. Si ricorda, infine, che la polizza prevede espressamente casi di esclusione della copertura assicurativa, in caso di infortunio, al ricorrere delle circostanze specificate nell'ambito della sezione (**Prestazioni escluse**).

Di seguito alcuni esempi di eventi **riconducibili** alla definizione di infortunio ai sensi di polizza:

- Il certificato di pronto soccorso riporta: "Incidente sciistico con lussazione della spalla sinistra e contusioni"
- In bicicletta, attraverso un incrocio con semaforo verde; dalla strada ortogonale (perpendicolare) giunge un'auto che non rispetta il rosso e mi urta provocandomi una lesione
- Un oggetto mi cade addosso accidentalmente (senza averne provocato la caduta) e mi procura una lesione

Di seguito alcuni esempi di eventi **NON riconducibili** alla definizione di infortunio ai sensi di polizza:

- Incidente domestico, ma nel certificato del pronto soccorso viene anche specificato: "in estate episodio di lombalgia trattato con deltacortene, settimana scorsa a seguito di sforzo ricomparsa di lombalgia terapizzato con bentelanim. Oggi ricomparsa del dolore mentre stava riducendo assunzione di bentelan"
- Lesione subita per incidente stradale causato da guida in stato di ebbrezza
- Il certificato di pronto soccorso riporta "Lombosciatalgia causata dal sollevamento di una borsa"
- Il certificato di pronto soccorso riporta "algia spalla atraumatica"
- Il certificato di Pronto Soccorso evidenzia che "il dolore lombare si è accentuato mentre scendeva dalla macchina" e che il paziente è "già affetto da ernia del disco L4-L5 sinistra (diagnosticata dalla risonanza magnetica)"; la diagnosi è di lombosciatalgia.

INTERVENTI AMBULATORIALI

Laddove un intervento chirurgico ambulatoriale (intervento di chirurgia senza ricovero) sia **immediatamente preceduto da una visita** eseguita dal medesimo professionista che esegue l'intervento, tesa a verificare le condizioni del paziente e l'esistenza delle condizioni di procedibilità per l'intervento, questa **fa parte dell'intervento ambulatoriale** stesso e non può essere liquidata autonomamente.

LASERTERAPIA

Posto che la laserterapia presenta diversi campi di applicazione, comprendenti sia la fisioterapia, che trattamenti in ambito dermatologico che alcuni interventi chirurgici,

¹ Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo redatto entro 48 ore dall'evento

laddove la laserterapia **intervenga per eliminare/ridurre la persistenza di dolore a seguito di intervento chirurgico in esiti di frattura**, si è convenuto di essere in presenza di uno stato patologico “in forma acuta”, e possano pertanto operare le coperture riportate a pag.24 del “raffronto piani sanitari”.

MAC

Macroattività Ambulatoriale Complessa, le cui attività rappresentano una modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, dove diversi specialisti devono interagire in maniera coordinata. Questo modello organizzativo riguarda attività fino a ieri erogate in Day Hospital e/o in degenza ordinaria ma non sostituisce il regime ambulatoriale classico dove si effettuano singole prestazioni in un contesto non complesso. Le attività della MAC non sono di tipo chirurgico, possono essere prescritte solamente dagli specialisti della struttura in cui vengono effettuate.

La MAC pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario ma che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

I diversi percorsi MAC, nell'ambito del dipartimento medico, possono essere sintetizzate e raggruppati secondo le seguenti indicazioni:

- paziente oncologico in trattamento chemioterapico
- pazienti che necessitano di manovre diagnostiche complesse
- pazienti che necessitano di terapie di supporto
- trattamento dei pazienti con patologie acute e croniche/riacutizzate

In termini liquidativi, la MAC è equiparata ad un DH (Day Hospital) laddove sia esibita: la cartella clinica o la scheda di dimissione ospedaliera o un documento equivalente.

MALATTIE MENTALI

Sono rimborsabili le **visite specialistiche** (anche più di una) e **gli accertamenti diagnostici** effettuati per **accertare lo stato patologico dell'assistito** (malattia mentale/psichiatrica) e supportate da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi. La compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista.

Laddove la malattia psichiatrica sia **già stata accertata**, non ne sia in discussione la natura/ le caratteristiche, e ci si trovi in presenza di mere visite di “controllo” (es: verifica dosaggio farmaci), **nulla dovrebbe essere a rigore rimborsato**. Peraltro, in presenza di una specifica garanzia di “psicoterapia” (letteralmente terapia di cura di malattie psichiche), vengono **rimborsate** nell'ambito della garanzia specifica per la **psicoterapia** anche le **visite specialistiche** ulteriori rispetto all'iniziale accertamento della patologia, in ottica di maggior favore.

Sono da verificare caso per caso quelle situazioni in cui la visita specialistica psichiatrica non ha natura di mero controllo, ma serve a comprendere se la malattia ha subito un'evoluzione/trasformazione che comporti un diverso trattamento: queste situazioni, per definizione “border line”, sono le più difficili da interpretare, ed in questa prospettiva la produzione del referto dello specialista è indispensabile ai fini della valutazione della rimborsabilità o meno della spesa. Tra queste situazioni si annoverano le visite volte all'individuazione del più appropriato trattamento farmacologico a fronte di patologia accertata.

NEVI E NEOFORMAZIONI CUTANEE

Le visite **dermatologiche ed accertamenti diagnostici** devono essere supportati da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi di neo sospetto. La richiesta di **asportazione di un nevo atipico o sospetto** dovrà essere supportata da relazione clinica contenente:

- la sede e la descrizione della lesione;
- la natura del sospetto (p.e.: asimmetria, bordi irregolari, colore variegato e disomogeneo, dimensioni superiori a 6 mm ed evoluzione o crescita);
- la modalità della procedura di asportazione (**non sono rimborsabili procedure estetiche** quali, ad es: diatermocoagulazione, laser o altre procedure estetiche);
- l'indicazione all'esame istologico.

PARTO CESAREO SU VOLERE DELLA MADRE

Sotto il profilo liquidativo, il parto cesareo per volere della madre, non conseguente a patologie della madre o del nascituro che lo renderebbero necessario, **è rimborsato applicando le meno favorevoli condizioni del parto fisiologico.**

PLANTARI

Per i soli **assistiti con copertura EXTRA**: sono rimborsabili le spese sostenute per i **plantari fatti su misura in centri specializzati e dietro presentazione di certificato medico e documentazione tecnica**; non sono rimborsabili quelle per le calzature a plantare.

PRESIDI ORTOPEDICI

Posto che è stato riscontrato un disallineamento fra le indicazioni riportate, in punto protesi ortopediche ed acustiche, sul Prospetto Raffronto Piani sanitari e sui testi polizza (polizza EXTRA3): nel Raffronto sono indicati come rimborsabili i presidi ortopedici, nel testo delle polizze solo i presidi ortopedici erniari, **è stata convenuta l'interpretazione più favorevole per gli assistiti con copertura EXTRA**: saranno pertanto rimborsati tutti i presidi ortopedici.

SPESE FISIOTERAPICHE

Riferimenti normativi (per semplicità, riferiti al Piano Nuova Plus):

1) Glossario: trattamenti fisioterapici e riabilitativi: **prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso centri medici**, 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 dovranno in ogni caso ritenersi escluse 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.

2) Testo polizza: area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali punto D: prestazioni fisioterapiche:

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di euro 1.400,00 per nucleo e per anno, **le spese sostenute per fisioterapia esclusivamente presso Centri Medici, effettuata da medico specialista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia**, accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo a seguito di:

- Infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero, redatto entro 48 ore dall'evento, ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
- ictus cerebrale;
- neoplasie;
- forme neurologiche degenerative e omeoplastiche; a titolo esemplificativo: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale.
- forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare;
- interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti.

Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l'applicazione di:

- una franchigia di euro 40,00 per ogni ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di euro 60,00 per ogni ciclo di cura, se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di euro 90,00 per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 maggio 2018);
- uno scoperto 40% con il minimo di euro 120,00 per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell' "Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 maggio 2018).

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto o franchigia, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata dall'Assicurato al termine del ciclo di cura.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le terapie effettuate in centri fitness o estetici.

I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono rimborsabili anche nell'ambito delle spese post ricovero, secondo quanto previsto nella relativa sezione di polizza (Area Ricoveri, lettera A).

3) Prospetto di sintesi piani sanitari– fisioterapia.

4) Guida all'Assistito Dirette Indirette_UNICA_di Previmedical: *“si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa 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, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso Centri Medici, dotati di Direzione Sanitaria”.*

Dal complesso normativo soprariportato ne consegue la seguente applicazione, coerente con l'indicazione riportata nel “glossario”, atta a chiarire anche la portata delle disposizioni inserite nei testi polizza e nella Guida all'assistito Previmedical:

- sono rimborsabili le **prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da medico specializzato nel campo in oggetto, ovvero da medico che sia anche fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia purchè le prestazioni siano, in quest'ultimo caso, effettuate presso centri medici.**

In altre parole:

- le prestazioni fisioterapiche eseguite da medico specializzato sono rimborsabili anche se non sono rese presso centri medici
- le prestazioni fisioterapiche eseguite da fisioterapista sono rimborsabili solo se rese presso centri medici dotati di direzione sanitaria (posti dunque sotto il governo di un medico).

Costituisce eccezione a quest'ultimo principio il caso di prestazione a domicilio, secondo la disposizione seguente: *“Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo.”*

In altre parole, in caso di documentata impossibilità (sulla base di preventiva dichiarazione medica emessa da medico diverso da colui che eroga la prestazione) di recarsi presso un centro medico, sarà consentito il rimborso della prestazione resa da un fisioterapista.

TEST GENETICI PRENATALI SU DNA FETALE: PRENATAL SAFE

Consiste in un prelievo di sangue materno nel quale va ricercato ed analizzato direttamente il DNA fetale circolante. Con questo test, la cui accuratezza è del 99%, è possibile individuare le principali anomalie cromosomiche: sindrome di Down (cromosoma 21), sindrome di Edwards (cromosoma 18), sindrome di Patau (cromosoma 13), nonché le anomalie riferite ai cromosomi X e Y. Inoltre è possibile individuare il sesso fetale.

Rappresenta una validissima alternativa nelle gravidanze in cui una diagnosi invasiva è controindicata per il rischio di aborto spontaneo; al contrario, in casi specifici in cui è necessario ricercare l'eventuale presenza di malattie genetiche ereditarie, resta necessario ricorrere ad esami invasivi quali amniocentesi e villocentesi, che restano raccomandati anche quando l'età della gestante è superiore a 35 anni.

In termini liquidativi, va osservato quanto segue:

- la prestazione è inserita fra le prestazioni di alta diagnostica: ne consegue che è necessario, per il suo rimborso, l'indicazione di una **“patologia in essere o sospetta”**, ovvero l'aver l'interessata più di 35 anni di età (in analogia con la disposizione relativa all'amniocentesi, di cui il Prenatal Safe costituisce alternativa).
- In assenza di patologia in essere o sospetta, sarà accettata la indicazione **“ricerca di alterazioni cromosomiche”**, ove assistita da elementi oggettivi di evidenza di rischio potenziale.

VERIFICA TOLLERABILITA' CURE

Le visite/accertamenti cui un assistito si sottoponga per verificare la tollerabilità di specifiche cure o di farmaci **sono rimborsabili se assistite dall'indicazione della patologia in essere o presunta** che si vorrebbe curare e per la quale è necessaria la preventiva predetta verifica di tollerabilità.

VISITE DOMICILIARI

Al di là dei casi espressamente previsti (es. post grandi interventi), sono liquidate in tutti i **casi in cui l'interessato è impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio** (elemento che deve essere certificato dal medico curante o dalla struttura medica che lo aveva in cura) e nel caso di **visite specialistiche in età pediatrica** (sino ai 14 anni di età del bambino). Per quanto ovvio, ricordiamo che, come di consueto, la specializzazione del medico che effettua la visita deve essere attinente alla patologia in essere o sospetta.

Elenco Cliniche Top

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Ars Medica
- Villa Benedetta
- Casa di Cura Villa Flaminia
- Casa di Cura Villa Margherita

MILANO

- Istituto Nazionale Tumori
- Istituto Europeo di Oncologia/Monzino
- Casa di cura Columbus
- Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura Capitanio

TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

VARESE

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

Elenco interventi chirurgici per i quali è previsto un limite di indennizzo (plafond) in rete e fuori rete

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 18.000

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfoadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi) (1)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000
Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS	€ 3.500

Il PLAFOND è riferito al solo ricovero e non si applica alle spese pre e post ricovero.

Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due o più interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond al 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quelli secondari; l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare della spesa.

Nel caso di interventi plafonati con accesso in forma diretta, non si applica la franchigia prevista per i ricoveri con intervento chirurgico.

Nel caso in cui il preventivo della struttura scelta dall'assicurato sia superiore al limite di indennizzo previsto dalla presente copertura assicurativa, sono individuate, se disponibili sul territorio, almeno 2 strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione con costi di convenzionamento inferiori al limite di indennizzo.

⁽¹⁾ Consultare la sezione "Polizze Assicurative: Interpretazioni" per la fattispecie relativa a Nevi e neoformazioni cutanee