

NOMENCLATORE DEL

PIANO SANITARIO

CASSA RBM SALUTE

**PIANO SANITARIO INTEGRATIVO
PERSONALE IMPIEGATIZIO E QUADRO
DELL'AGENZIA DEL DEMANIO**

Indice

DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)	3
ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA CASSA	5
1. Premessa	5
2. Assistiti	5
3. Altre Assicurazioni/Assistenze.....	5
4. Adesione del dipendente, inclusione di familiari, esclusioni	5
4.1 Adesione e inclusione di familiari	5
4.2 Esclusioni	6
5. Oggetto del Piano Sanitario.....	6
5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico	6
5.2 Extraospedialiere	9
5.3 Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	11
5.4 Cure oncologiche	12
6. Esclusioni	12
7. Assistenza Diretta e Indiretta.....	12
7.1 Assistenza Diretta	13
7.2 Assistenza Indiretta	17
8. Ulteriori garanzie	20
8.1 Centrale Operativa	20
ALLEGATO N.1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	22
ALLEGATO N.2 – SCHEDA RIASSUNTIVA	26

DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una patologia da malattia o infortunio, a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assistenza: copertura integrativa delle spese sanitarie oggetto del presente nomenclatore.

Assistito: soggetto beneficiario nel cui interesse viene stipulata l'assistenza.

Cassa assistenziale: Cassa RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150, soggetto iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al D.M. 27/10/2009, abilitato a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario oggetto del presente nomenclatore, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Contraente: Agenzia del Demanio ente pubblico economico.

Contributo: la somma dovuta alla Cassa per il servizio di assistenza sanitaria integrativa.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento.

Dipendente in servizio: soggetto legato da un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato con l'Agenzia del Demanio, che abbia superato positivamente il periodo di prova; soggetto legato da un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato con l'Agenzia del Demanio di durata non inferiore a 8 mesi nell'anno assistenziale di riferimento, che abbia superato positivamente il periodo di prova.

Equipe operatoria: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assistito.

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nell'Allegato n.1 al presente nomenclatore.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Cassa all'assistito, a titolo di rimborso a causa di sinistro o evento.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laserterapia operativa.

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che, per la tipologia dell'atto, non richiede la permanenza dell'assistito in regime di ricovero (diurno e/o con pernottamento) nel post-intervento.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata (Policlinico Universitario, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-IRCCS, Ospedale, Clinica, o Casa di Cura) regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna.

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale/Limite di assistenza: gli importi stabiliti nel presente nomenclatore che rappresentano le spese massime che la Cassa si impegna a prestare nei confronti dell'assistito e relativo nucleo per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medici: professionisti operanti sia in Strutture Sanitarie convenzionate sia in Strutture Sanitarie non convenzionate.

Nucleo Familiare: oltre il dipendente assistito, il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente; il convivente "more uxorio" e i figli conviventi - legittimi o legittimati o naturali o adottivi - risultanti dal certificato di stato di famiglia del dipendente iscritto. Nel nucleo sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. Sono esclusi gli altri familiari indicati nell'art. 433 del codice civile.

Polizza: il documento che prova l'assistenza.

"Rete" o "Network": rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.cassarbmsalute.it

Retta di degenza: importo relativo al costo del trattamento alberghiero e di assistenza medico-infermieristica forniti dalla struttura sanitaria.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento/i nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Scoperto: la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che rimane a carico dell'assistito e per la quale la Cassa non riconosce l'indennizzo.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assistenza.

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale.

Struttura sanitaria convenzionata: istituto di cura come sopra definito, poliambulatorio, centro specialistico e qualunque altra struttura abilitata ad erogare prestazioni diagnostiche e/o ambulatoriali e/o terapeutiche, con cui il Network ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni e che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente nomenclatore, direttamente dal Network.

ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA CASSA

1. Premessa

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti alla Cassa un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario e indica analiticamente per ciascuna categoria le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo dell'indennizzo.

Le garanzie hanno validità in tutto il Mondo. Il presente nomenclatore non prevede l'applicazione di alcun periodo di carenza. Si precisa inoltre che, se non diversamente indicato, i massimali sono da intendersi per anno e per nucleo.

2. Assistiti

Il Piano Sanitario è prestato, indipendentemente dall'età, in favore del personale impiegatizio e quadro in servizio in Agenzia del Demanio E.P.E. che abbia superato positivamente il periodo di prova, nonché in favore del nucleo familiare del dipendente assistito, intendendosi per nucleo familiare il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente; il convivente "more uxorio" e i figli conviventi - legittimi o legittimati o naturali o adottivi - purché risultanti dal certificato di stato di famiglia del dipendente.

Nel nucleo sono inoltre compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.

Nel caso di genitori entrambi dipendenti dell'Agenzia del Demanio, i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

La garanzia è prestata a favore di tutti gli assistiti, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e si estende anche agli infortuni ed alle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura.

3. Altre Assicurazioni/Assistenze

Gli assistiti sono esonerati dal dichiarare alla Cassa l'eventuale esistenza di altre assistenze/polizze di cui beneficiano per il medesimo rischio.

4. Adesione del dipendente, inclusione di familiari, esclusioni

4.1 Adesione e inclusione di familiari

L'adesione del dipendente al Piano Sanitario (opzione "single") e l'inclusione di eventuali familiari previsti (opzione "nucleo familiare") avviene, a scelta del dipendente, al momento dell'attivazione dell'assistenza.

Successivamente all'attivazione dell'assistenza, l'adesione del singolo dipendente o l'inserimento dei familiari previsti possono avvenire esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- superamento del periodo di prova;
- matrimonio/costituzione di unione civile/insorgenza di convivenza more uxorio;
- nascita/adozione/affidamento di figli.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al Piano Sanitario, la variazione dell'opzione da "single" a "nucleo familiare" o l'inclusione di nuovi familiari avvenga, a cura del dipendente, entro il termine di **30** giorni dal giorno dell'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva a quella in cui è stata effettuata la comunicazione tardiva.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno i massimali di assistenza sono riconosciuti per intero.

4.2 Esclusioni

La revoca dalla copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione dal servizio;
- decesso dell'associato o di un suo familiare;
- separazione legale/divorzio;
- venire meno dei requisiti previsti dal presente nomenclatore per l'inserimento in assistenza di familiari.

L'adesione rimane in ogni caso in essere fino alla scadenza dell'annualità nella quale si è verificato l'evento e pertanto i contributi restano acquisiti.

5. Oggetto del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, di tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, puntualmente descritte di seguito.

5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico

La Cassa rimborsa tutte le spese elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza di **€ 200.000** per anno e nucleo familiare, fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

Il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto del **15%**, con il minimo di **€ 500** e il massimo di **€ 1.500** sulle spese effettivamente sostenute e documentate dall'assistito.

In caso di intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia fissa di **€ 250** per evento.

Lo scoperto non si applica in caso di prestazioni effettuate in regime di convenzionamento diretto e in caso di ricovero che abbia comportato un intervento tra quelli indicati nell'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato n.1.

Lo scoperto e la franchigia non vengono applicati nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto.

Le prestazioni previste nella presente garanzia si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

a) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, di Day Hospital o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di **€ 350**; oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del **50%**;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90** giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito con il limite giornaliero di **€ 50** e con il massimo di **€ 1.200** per annualità assicurativa e nucleo familiare assistito;
- trasporto dell'assistito in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **€ 1.040** per intervento o ricovero;

- trasporto dell'assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di **€ 1.040** per intervento o ricovero.

In caso di **parto cesareo** sono assicurate tutte le spese di cui alla presente lettera con il limite di **€ 15.000** per evento.

La Cassa rimborsa inoltre le spese sostenute per **interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione**, purché motivati da deficit visivo superiore alle **4** diottrie per occhio fino ad un massimo di **€ 1.500** per intervento.

b) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90** giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di **€ 350**; oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del **50%**;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'assistito in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **€ 1.040** per intervento o ricovero;
- trasporto dell'assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di **€ 1.040** per intervento o ricovero.

c) In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 4.000 per evento, sono assicurate le spese per:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di **€ 150**; oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del **50%**.

d) Indennità sostitutiva (garanzia non corrisposta in caso di ricovero per parto non cesareo):

Qualora non risultino spese a carico dell'assistito in quanto i costi relativi al periodo di ricovero o alla degenza in regime di Day Hospital, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, La Cassa corrisponde una indennità sostitutiva pari ad **€ 100** per ogni notte di ricovero in istituto di cura e al **50%** di detto importo in caso di Day Hospital, per un massimo di **150** giorni per anno e nucleo familiare.

Le eventuali spese sostenute nei **90** giorni precedenti il ricovero o l'intervento e nei **120** giorni successivi al ricovero o all'intervento saranno comunque oggetto di rimborso con i limiti e gli scoperti previsti.

5.2 Extraospedaliere

Il pagamento/rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del **25%** per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta.

Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Il pagamento/rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica, fino alla concorrenza di **€ 4.500** per anno e nucleo familiare per le seguenti prestazioni:

- amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- test DNA fetale su sangue materno;
- accertamenti endoscopici
- agoaspirato;
- agopuntura (purché effettuata da medico specialista);
- angiografia;
- artrografia;
- arteriografia digitale;
- broncografia;
- broncoscopia;
- cardiotaq;
- chemioterapia;
- cisternografia;

- cistografia;
- cistouretrografia;
- clisma opaco;
- cobaltoterapia;
- colangiografia (anche percutanea);
- colecistografia;
- colonscopia;
- coronografia;
- dacriocistografia;
- defecografia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- duodenoscopia;
- ecocardiografia;
- ecodoppler;
- ecocolor Doppler;
- ecografia;
- elettroencefalogramma;
- elettromiografia;
- esame citologico;
- esame istologico;
- esame urodinamico completo;
- esofagoscopia;
- fistelografia;
- flebografia;
- fluorangiografia;
- galattografia;
- gastroscopia;
- holter;
- isterosalpingografia;

- laserterapia;
- linfografia;
- mammografia (anche digitale);
- mielografia;
- moc;
- palonscopia;
- pet;
- radioterapia;
- radionefrogramma;
- retinografia;
- rettoscopia;
- rx esofago con mezzo di contrasto;
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn);
- scialografia;
- scintigrafia;
- spect;
- splenoportografia;
- tac anche virtuale;
- telecuore;
- urografia;
- vesciculodeferentografia;
- videoangiografia;
- spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di **€ 1.100**.

5.3 Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio

Il pagamento/rimborso viene effettuato previa applicazione dello scoperto del **20%** per ciascuna prestazione.

Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chiedi il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Sono riconosciute le spese, fino alla concorrenza della somma di **€ 2.500** per anno e nucleo familiare, per visite specialistiche (**escluse comunque le visite pediatriche generiche, odontoiatriche ed ortodontiche**) effettuate da medico fornito di regolare specializzazione, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

5.4 Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche, la Cassa riconosce, con scoperto a carico dell'assistito pari al **20%**, le spese sostenute per visite, accertamenti diagnostici, terapie (chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti ecc.) e spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, con massimale autonomo di **€ 3.000** per anno e nucleo familiare.

La presente garanzia ed il relativo massimale operano in via prioritaria rispetto ai massimali previsti nei punti 5.1, 5.2 e 5.3 (che saranno, pertanto, utilizzati dopo l'esaurimento del suddetto massimale di **€ 3.000**).

Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

6. Esclusioni

Le prestazioni previste dal presente nomenclatore non sono operanti per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o sinistro, nonché per i neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- protesi e cure dentarie e paradentarie;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e all'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi.

7. Assistenza Diretta e Indiretta

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dal Piano Sanitario può avvenire, a scelta dell'assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta ovvero dell'Assistenza Indiretta.

7.1 Assistenza Diretta

a) *Prima della prestazione*

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta o mista, l'assistito dovrà **preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute[®] alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria.**

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'assistito un VoucherSalute[®] entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. Qualora la Centrale Operativa richieda integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa.

Il VoucherSalute[®] contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'assistito (a titolo esemplificativo franchigie).

Il rilascio del VoucherSalute[®] può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati:
 - **800. 99.18.57** da telefono fisso (numero verde) e da telefono cellulare;
 - **+39 0422.17.44.429** per chiamate dall'estero.

L'assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare
- diagnosi/quesito diagnostico.

L'assistito potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute[®].

L'assistito confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute[®].

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio le prestazioni post ricovero) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda all'assistito di

richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che residuano rispettivamente al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia o alla cessazione della copertura (ad esempio se le prestazioni post ricovero potessero essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® fosse rilasciato il giorno 10 Novembre, quest'ultimo avrà validità di 20 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni). Nel caso in cui l'assistito non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.

L'assistito dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo mail all'indirizzo assistenza.demanio@cassarbmsalute.it o via fax, al numero 0422.17.44.929 – la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.** Per le prestazioni diverse dalla garanzia ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.
- **copia del tesserino “esenzione 048”** in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;
- **in caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:**
 - ⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile;
 - ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - **l'assistito è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

Il VoucherSalute®, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso all'assistito **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'assistito dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute®. Qualora l'assistito non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del VoucherSalute® la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute® sullo schermo del device. Il VoucherSalute® potrà contenere una forma visibile del QR code per l'accesso in struttura sanitaria.

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute® è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'assistito potrà richiederne la ri-emissione immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'assistito non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher, l'assistito dovrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, riallegando integralmente la documentazione necessaria. Il VoucherSalute® sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura **esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2019; a partire dal 20/03/2019 l'assistito che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non potrà più essere utilizzato. È consentita una ulteriore ri-emissione del VoucherSalute®, per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione, non potrà superare la data del 29/05/2019 – totale 90 giorni dal 01/03/2019.**

Qualora la richiesta di ri-emissione avvenga prima che siano trascorsi i 30 giorni di validità (e comunque dal 20mo giorno di emissione del Voucher stesso), gli eventuali giorni di validità non usufruiti andranno perduti.

Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'assistito. Qualora l'assistito abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa. **In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il VoucherSalute® ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica.**

L'assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo VoucherSalute®.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta o mista e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

Restano a carico dell'assistito eventuali somme non riconosciute dalle presenti CDA (a titolo esemplificativo franchigie).

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli assistiti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura, trasmettendo la richiesta alla Società di Servizi Previmedical al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

b) *Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)*

Esclusivamente per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'assistito potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'assistito è ricoverato.

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

Se la Cassa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà formale e tempestiva notizia all'assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese secondo quanto previsto al punto che segue "Assistenza Indiretta".

c) *La prenotazione*

L'assistito, ottenuto il VoucherSalute®, prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

L'assistito ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata

produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute® che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.

La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione dalla Società avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'assistito dovrà richiederne immediatamente la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App mobile, entro i termini indicati nel precedente paragrafo.

d) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali franchigie, prestazioni non contemplate dalle CDA), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'assistito e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, ecc.).

7.2 Assistenza Indiretta

L'assistito che per scelta decida di non avvalersi dell'Assistenza Diretta può anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (Assistenza Indiretta).

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il diritto dell'assistito al rimborso si prescrive in **2** anni dalla data del sinistro. Il termine di prescrizione viene interrotto da ogni comunicazione attestante la volontà di richiedere l'indennizzo previsto a termini di Piano Sanitario.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, l'assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito <https://webab.previmedical.it/arena-cassarbm/login.html#/> ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

1) documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.**

2) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero, anche in Day Hospital e di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva;

3) prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere;

4) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;

5) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);

6) in caso di trattamenti fisioterapici:

- i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- ii. indicazione del titolo di studio del medico o del professionista che ha effettuato la prestazione.

7) in caso di prestazioni ricevute in regime misto, l'assistito dovrà produrre alla Società anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'Equipe non convenzionata;

8) in caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:

- ⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile;
- ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).**

9) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**CASSARBM SALUTE
Via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

La documentazione deve essere intestata all'assistito e il rimborso avviene in favore dell'assistito titolare della copertura, con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per le singole garanzie.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Tutte le prestazioni, ad eccezione dei trattamenti fisioterapici e riabilitativi, devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

La Cassa procede al rimborso di quanto spettante all'assistito entro **30** giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

La Cassa dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro **15** giorni dal ricevimento della domanda di rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali o di copie conformi agli originali, qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse.

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'assistito potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito <https://webab.previmedical.it/arena-cassarbm/login.html#/> oppure attraverso la App Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che la Società considera giuridicamente equivalente all'originale ai fini dell'applicazione della presente copertura. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente paragrafo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di assistenza diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla

Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

8. Ulteriori garanzie

La Cassa garantisce le seguenti ulteriori garanzie.

8.1 Centrale Operativa

La Cassa garantisce la disponibilità di una Centrale Operativa che assicuri:

- un **servizio di informazione** in merito a:
 - strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni)
 - centri medici specializzati
 - farmaci
 - indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria
- un **Contatto telefonico di primo soccorso** e pareri medici immediati.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

- l'invio di un **medico nei casi di urgenza (validità territoriale Italia)**.

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'assistito con ambulanza ad un pronto soccorso.

- l'invio di un'ambulanza (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza;

la Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di **100** km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

ALLEGATO N.1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofago plastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - Correzione impianto anomalo coronarie
 - Correzione “Ostium primum” con insufficienza mitralica
 - Correzione canale atrioventricolare completo
 - Finestra aorto-polmonare
 - Correzione di:

- ventricolo unico
- ventricolo destro a doppia uscita
- truncus arteriosus
- coartazioni aortiche di tipo fetale
- coartazioni aortiche multiple o molto estese
- stenosi aortiche infundibulari
- stenosi aortiche sopravalvolari
- trilogia di Fallot
- tetralogia di Fallot
- atresia della tricuspide
- pervietà interventricolare ipertesa
- pervietà interventricolare con “debanding”
- pervietà interventricolare con insufficienza aortica
 - Sostituzioni valvolari multiple
 - By-pass aortocoronarici multipli
 - Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
 - Aneurismi aorta toracica
 - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
 - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
 - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
 - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
 - Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell’orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o trans toracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia

- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti

ALLEGATO N.2 – SCHEDE RIASSUNTIVE

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo familiare e gli scoperti/franchigie per evento.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	
Massimale	€ 200.000,00
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - diretta e GIC (All.n.1) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale - rimborso <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intervento ambulatoriale - SSN Limite retta di degenza Pre/post	Al 100% franchigia € 250,00 per evento scoperto 15% con minimo di € 500,00 e massimo di € 1.500,00 franchigia € 250,00 per evento Al 100%, in alternativa all'indennità sostitutiva € 350 al giorno (ridotto a € 150 in caso di parto non cesareo), scoperto 50% sull'eccedenza 90 gg / 120 gg
Sub massimali Parto non cesareo Parto cesareo, aborto terapeutico Difetti visivi	€ 4.000,00 per evento € 15.000,00 per evento Deficit > 4 diottrie, € 1.500,00 per intervento
Accompagnatore (solo ricoveri con intervento)	€ 50,00 al giorno, massimo € 1.200
Trasporto sanitario	€ 1.040,00 per intervento/ricovero
Trasporto sanitario Estero (incluso accompagnatore)	€ 1.040,00 per intervento/ricovero
Indennità sostitutiva (escluso parto non cesareo) Pre/post	€ 100,00 al giorno (ridotto a € 50,00 in caso di Day Hospital), massimo 150 giorni 90 gg / 120 gg

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B) Extraospedaliere Massimale <input type="checkbox"/> protesi ortopediche e apparecchi acustici Condizioni: <div style="text-align: right;">diretta e rimborso Ticket</div>	Da elenco € 4.500,00 € 1.100,00 scoperto 25% per prestazione/ciclo Al 100%
C) Visite specialistiche e esami diagnostici Massimale Condizioni: <div style="text-align: right;">diretta e rimborso Ticket</div>	€ 2.500,00 scoperto 20% per accertamento/prestazione Al 100%
D) Cure oncologiche Massimale Condizioni: <div style="text-align: right;">diretta e rimborso Ticket</div>	€ 3.000,00 scoperto 20% per visita/accertamento/prestazione Al 100%