NOMENCLATORE DEL

PIANO SANITARIO

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO

ISCRITTI

Aderente alla Convenzione n° 100772

PREVISALUTE
Fondo Sanitario Aperto
Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti alla Mutua un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dalla Mutua PREVISALUTE sono coperte e garantite attraverso una copertura Assistitiva con **INTESA SANPAOLO PROTEZIONE,** primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.previsalute.it.

INDICE

- DEFINIZIONI pag. 4
- ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA pag. 9
- NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO pag. 31
- LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO pag. 37
- Allegato I ELENCO GRANDI INTERVENTI pag. 45
- Allegato II SCHEDE RIASSUNTIVE pag. 50
- Allegato III TARIFFARIO FISIOTERAPIA pag. 54

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Aborto spontaneo: interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete, ipertensione.

Aborto terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Assistenza: aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito al Socio-Beneficiario che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Assistenza infermieristica: assistenza prestata dal personale in possesso di specifico diploma.

Assistito: lavoratore dipendente e nucleo familiare del lavoratore.

Cartella Clinica: documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa: la struttura del Service, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Soci- Beneficiari e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi – in regime rimborsuale e di assistenza diretta. Il Service è Previmedical S.p.A.

Centro Autorizzato Intesa Sanpaolo Protezione: centro appartenente al Network di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di Intesa Sanpaolo Protezione. L'elenco dei Centri Autorizzati Intesa Sanpaolo Protezione è consultabile sul sito internet www.intesasanpaoloprotezione.com

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO – soggetto avente finalità assistenziale, ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. ex-art.15, comma 1, lett. i-bis del TUIR 917/86.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Day Hospital/Day Surgery: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetti fisici: la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula del Piano Sanitario.

Documentazione sanitaria: copia conforme della cartella clinica composta e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, di ogni altro esame e della documentazione di spesa (compresi, per i farmaci, gli specifici tagliandi della confezione).

Domicilio: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assistito ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere:** il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere:** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia/Scoperto: parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) ed in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico del Socio-Beneficiario.

Grande Intervento: gli interventi chirurgici caratterizzati dall'impiego di tecniche operative particolari e complesse elencati nell'Allegato I.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Inabilità temporanea (IT): la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

Indennità sostitutiva del rimborso: importo forfettario giornaliero che la Società eroga nel caso di ricovero del Socio- Beneficiario in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

Indennizzo: la somma dovuta in caso di sinistro.

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

Insorgenza: inizio, ancorché asintomatico, della malattia.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital"/"Day Surgery" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico

(in sede) sia presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e 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.

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

Malattia improvvisa: la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assistito non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assistito.

Malattia preesistente: la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione del Piano Sanitario.

Malattia terminale: malattia o prognosi infausta per la sopravvivenza del Socio-Beneficiario che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: camminare, lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto/mettersi a letto).

Malformazione: ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Manifestazione: sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale/Somma Assicurata: la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio-Beneficiario e i componenti del medesimo nucleo familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

Modalità d'indennizzo
Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati.
Forma indiretta: Rimborso delle spese sostenute dal Socio-Beneficiario per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento.

Nucleo Familiare:
Piano Sanitario Opzione 1: Iscritto o coniuge o convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm,, e figli fiscalmente a carico (totale o parziale).
Piano Sanitario Opzione 2: Iscritto o coniuge o convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm,, e figli minori, tutti risultanti nello stato di famiglia dell'Iscritto. L'estensione del Piano Sanitario Opzione 2 NON presuppone l'adesione preventiva da parte dell'Iscritto al Piano Sanitario Opzione 1.

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Paese d'origine: ai termini della presente Convenzione si intende l'Italia.

Patologia in atto/Patologia preesistente: malattie diagnosticate o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata il Piano Sanitario.

Società o Compagnia: la Compagnia Assicuratrice Intesa Sanpaolo Protezione Spa in cui il Fondo Sanitario Aperto ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie:
1) Strutture Sanitarie Private/Medici convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali il Socio-Beneficiario può usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata ed al Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Fondo Sanitario Aperto di assistenza mediante il Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:
a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali il Socio-Beneficiario beneficia delle prestazioni sanitarie pubbliche;
b) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate conPrevimedical;
c) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.
Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Termini di aspettativa/Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: colui che paga il contributo al Contraente, ossia il Lavoratore Dipendente o il coniuge/convivente more uxorio in caso di adesione del solo nucleo familiare.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: 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 copertura, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia

o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.
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 Contributinente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Piano Base

A. - RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (ALLEGATO I)

Prima del Ricovero

visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico ed effettuate nei giorni precedenti il Ricovero.

Durante il Ricovero

accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico; materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito), diritti di sala operatoria; rette di degenza (non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie).

Dopo il Ricovero

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
- assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito;
- le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapicie rieducativi;
- nei 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 domiciliare;
- trattamenti di malattie oncologiche.

GARANZIE ACCESSORIE (*garanzie valide anche per i punti 2 e 3*)

Accompagnatore

Sono riconosciute le spese per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Ricoveri per trattamenti fisioterapici

I ricoveri per trattamenti fisioterapici a seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno fino ad un massimo di **7 giorni**.

Ricovero Domiciliare per malattia terminale

Sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

Trasporto sanitario

Sono riconosciute le spese per il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Rimpatrio salma
La Società rimborsa le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di Ricovero indennizzabile a termini della presente Convenzione**.**

Neonati
La copertura si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare (Iscritto o coniuge o convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico).
La comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia successiva al Termine di aspettativa della mamma. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita e a decorrere dal termine dell'eventuale residuo Termine di aspettativa della mamma ed entro il limite indicato nell'opzione prescelta.

INDENNITA' SOSTITUTIVA
L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero per grande intervento chirurgico né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità per ciascun giorno di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di Ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (come da Allegato I) IN CASO DI MALATTIA E INFORTUNIO
Nell'ambito dei giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i ricoveri chirurgici (come da elenco) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, la Società mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate Previmedical, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assistito.
La Società concorderà – anche per il tramite di Previmedical – il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.
Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO – RICOVERI MEDICI ELENCATI IN GARANZIA
In caso di ricovero senza intervento chirurgico avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura e limitatamente alle patologie sotto elencate, rientrano in garanzia le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni del ricovero medico che ha determinato l'evento.

Sono compresi in copertura:
• Fibrosi cistica;
• Ictus;
• Ischemia arterie vertebrali;
• Morbo di Parkinson;
• Paralisi;
• Sclerosi Multipla;
• Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La Società concorderà – anche per il tramite di Previmedical – il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.
Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture convenzionate nel limite annuo di quanto previsto nell'opzione prescelta.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B. - ALTA SPECIALIZZAZIONE E TERAPIE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto

- Cisturetrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o isterografia e/osonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche trans rettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Tomografia computerizzata (tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)

- Tc con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Società garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assistito.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa

- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

C. - VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto K "Prestazioni Odontoiatriche particolari".
Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

D. - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto "Prestazioni di diagnostica e terapia".

La disponibilità annua per la presente garanzia è indicata nell'opzione prescelta.

FISIOTERAPIA

***E. -* FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI** *(garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzione prescelta):*

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati:

1) **Infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o di struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso: la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio;**
2) **Particolari patologie:**
   - **Ictus** cerebrale e forme neoplastiche invalidanti: la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia;
   - **Neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari: la fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia; purché prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente** alla patologia denunciata e effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Il massimale annuo coperto per il complesso delle prestazioni è pari a quanto indicato nell'opzione prescelta.

Il rimborso massimo rimborsabile, a seduta, è pari a quanto evidenziato nel tariffario allegato (Allegato III Fisioterapia).

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso l'Assistito dovrà inoltrare alla Società:

1. Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio;
2. Copia della prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto per la terapia dei postumi dell'infortunio;
3. Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto la Società, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

Si ricorda, inoltre, che la Società non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici, in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.
Del pari non saranno rimborsate le prestazioni osteopatiche in quanto prestazioni non qualificate giuridicamente come attività medico-sanitarie.

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dalla Società dovranno essere inviate:

1) Copia della *certificazione* del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata attestante la natura della patologia;
2) Copia della *prescrizione* del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento fisioterapico prescelto;
3) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D. M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000).

Per tutte le tipologie di prestazioni, nel caso di utilizzo del SSN, sarà necessario trasmettere, oltre alla prescritta documentazione medica una copia del ticket.

***F.* - AGOPUNTURA MANU MEDICA** *(garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzione prescelta)*
La Società provvede al pagamento delle spese per agopuntura effettuata a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore).
Ai fini del rimborso dovrà essere inviata la prescrizione dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini antalgici.
Il trattamento deve essere effettuato da personale medico abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

Il massimale annuo coperto per il complesso delle prestazioni è pari a quanto indicato nell'opzione prescelta.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà inoltrare alla Società:

1) Copia della prescrizione dello specialista attestante la necessità della terapia a fini antalgici;
2) Copia della fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico abilitato, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

PROTESI

***G. -* PRESIDI E AUSILI MEDICI ORTOPEDICI** *(garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzione prescelta)*
La Società rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti:

Ortesi per piede	*es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.*
Calzature ortopediche di serie	
Calzature ortopediche su misura	
Apparecchi ortopedici per arto inferiore	*dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non e' un dispositivo atto alla deambulazione*
Apparecchi ortopedici per arto superiore	*dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore*
Ortesi spinali	*es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.*
Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	*es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripodi, ecc.*
Carrozzine	
Accessori per carrozzine	
Ausili per il sollevamento	Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto, ecc

Le spese vengono rimborsate nei limiti di quanto previsto dall'opzione prescelta.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà inoltrare alla Società:

1) copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generato;
2) copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggio e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

PACCHETTO MATERNITA'

***H.* - PACCHETTO MATERNITA'** *(garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzioneprescelta)*
Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, l'amniocentesi, la villocentesi, la translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.
Sono inoltre comprese le visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, i controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore, nel **numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).**
È necessario allegare un certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto; nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.
Nel caso in cui l'Assistita si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.
Nel caso in cui l'Assistita si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket.
In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la Società corrisponderà un'indennità, per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti in base all'opzione scelta. L'indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo o aborto terapeutico.

ODONTOIATRICA

I. - IMPLANTOLOGIA
In deroga a quanto previsto alle "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.
La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell' impianto/i.

La disponibilità annua per la presente garanzia è indicata nell'opzione prescelta. Viene previsto un sotto massimale annuo nel caso di applicazione di due impianti e un sotto massimale annuo nel caso di applicazione di un impianto.

J. - AVULSIONE
In deroga a quanto previsto alle "Esclusioni", la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di denti l'anno previsti dall'opzione prescelta. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

K. - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI
In deroga a quanto previsto alle "Esclusioni", la Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.
Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assistito, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

PREVENZIONE

L. - VISITE DI CONTROLLO

La Mutua liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito) 1(una) visita specialistica in qualsiasi specializzazione una volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana nei Centri Autorizzati del Network Previmedical indicati dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.
La Visita di controllo potrà essere effettuata, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo famigliare assistito.
L'Assistito dovrà contattare preventivamente la centrale operativa di Previmedical che indicherà la struttura presso la quale effettuare la prestazione.
Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non sarà richiesta alcuna prescrizione medica o specialistica.
Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.
Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

INVALIDITA' PERMANENTE

M. - INVALIDITA' PERMANENTE *(garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzioneprescelta)*

Sono destinatari della presente garanzia gli Assistiti che hanno maturato i requisiti soggettivi, di seguito definiti, successivamente ad un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria.

REQUISITI:
a) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore a 80%.
b) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore a 80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi sopra elencati, ogni Assistito dispone, *una tantum*, di un plafond di spesa di:

• per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%, in base a quanto previsto dall'opzione prescelta;
• per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%, in base a quanto previsto dall'opzione prescelta;

per il rimborso delle seguenti prestazioni:

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficitcertificati.
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
3. Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati).
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala,veicoli per supporto movimenti, ecc...).
5. Assistenza psicologica/psichiatrica.
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

Le prestazioni ammesse a rimborso dovranno comunque essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.
Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.
In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto soltanto il diritto alla differenza di importo (€ 2.000) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento.
Gli Assistiti che presentino i requisiti di cui ai punti numeri 1 e 2 della presente garanzia potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria, purché le stesse siano state effettuate entro due anni dalla data di certificazione dell'invalidità.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Per ottenere il rimborso l'Assistito dovrà inoltrare alla Società:

1. Copia modulo di rimborso
2. Copia domanda d'invalidità da cui si evinca la data di presentazione
3. Copia certificazione Inail/Inps attestante l'invalidità e il relativo grado
4. Per l'invalidità da patologie e malattie professionali, copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d'insorgenza della patologia
5. Copia prescrizione medica (vedi tabella che segue)
6. Copia documentazione di spesa

TIPO DI PRESTAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa

Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti,…)	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Assistenza psicologica/psichiatrica	1) Prescrizione medica 2) Documento di spesa
Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf,…)	1) Documento di spesa *

* Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf …) la documentazione di spesa richiesta è la seguente:

1. Prospetto di retribuzione rilasciato dal Datore di Lavoro dal quale si evinca: nome e cognome del lavoratore; numero ore lavorate; retribuzione oraria; totale retribuzione percepita; importo contributi versati; firma per ricevuta del lavoratore.
2. Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

COME OTTENERE IL RIMBORSO

Le domande di rimborso devono essere inoltrate in copia alla Società entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

NON AUTOSUFFICIENZA

***N. -* NON AUTOSUFFICIENZA** *(garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzioneprescelta)*

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza del piano sanitario è esclusa ai sensi dei punti 30) e 31) del punto "Esclusioni", salvo quanto previsto dal punto "Patologie pregresse".

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".*

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assistito l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata. A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assistito la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.
In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.
Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Coperta

La Società, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assistito un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, come previsto nell'opzione prescelta.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.
La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:
1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:
1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:
1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare al bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:
punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:
1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:
1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0
2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5
3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:
1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5
3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.
La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

GARANZIE OPZIONALI

2 ESTENSIONE GARANZIA OSPEDALIERA RICOVERI PRIVATI IN NETWORK (in alternativa alla garanzia 3)

RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI PRIVATI IN NETWORK
La Società provvede al pagamento diretto delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti:

Prima del ricovero
gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del **30%** sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente.
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero
gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei 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 domiciliare.

Assistenza infermieristica
L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assistito.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente nel Piano Sanitario, ove previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al **50%** in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Massimale
Il massimale per anno e per nucleo previsto per la presente garanzia è la seguente:

- € 60.000,00.

Franchigia/Scoperto
In Strutture Convenzionate
E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.800 per evento**.**

3 ESTENSIONE GARANZIA OSPEDALIERA RICOVERI PRIVATI IN NETWORK (in alternativa alla garanzia 2)

RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI PRIVATI IN NETWORK

La Società provvede al pagamento diretto delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del **30%** sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente.
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei 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 domiciliare.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assistito.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente nel piano Sanitario, ove previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al **50%** in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Massimale
Il massimale per anno e per nucleo previsto per la presente garanzia è la seguente:

- € 120.000,00

Franchigia/Scoperto
In Strutture Convenzionate
E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.800 per evento**.**

4 AUMENTO MASSIMALI PIANO BASE GARANZIA A "Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici" C "Visite specialistiche" e D "Accertamenti diagnostici e Pronto soccorso"
La Società a fronte del pagamento di un contributo aggiuntivo eleverà i massimali annui previsti dalle seguenti garanzie:

- A- Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici da € 150.000,00 a € 250.000,00;
- C - Visite Specialistiche da € 800,00 a € 1.600,00;
- D – Accertamenti diagnostici e Pronto soccorso da € 500,00 a € 1.500,00.

5 ALTRE GARANZIE

a) LENTI ED OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

CONDIZIONI DI RIMBORSO
E' prevista una carenza di 90 giorni.

Massimale
La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro il massimale di € 100,00 per anno e per persona.**

Franchigia/Scoperto
In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo Protezione
E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 15 per occhiale.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo Protezione
E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 30 per occhiale.**

a.1) ALTRE VOCI
La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.
La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato**.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo Protezione, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.**

Descrizione prestazione	
LENTI E MATERIALI OTTICI	
	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 17,34
Giornaliere 90 lenti	€ 45,90
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 23,46
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 61,20
Settimanali 6 lenti	€ 19,38
Mensili 1 lente	€ 6,12
Mensili 3 lenti	€ 15,30
Mensili 6 lenti	€ 27,54
Mensili toriche 3 lenti	€ 35,70
Mensili toriche 6 lenti	€ 71,40
Morbide annuali (alla coppia)	€ 76,50
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 183,60
Rigide (alla coppia)	€ 204,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 128,52
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 22,44
Soluzione salina	€ 2,04
Perossido	€ 0,42
Soluzione unica	€ 5,10
Detergente	€ 7,14
Collirio	€ 7,14
Enzimi	€ 10,20
Lenti organiche bianche	€ 21,42
Lenti organiche antiriflesso	€ 54,06
Lenti organiche 1,67 ar	€ 82,62
Lenti organiche 1,74 ar	€ 159,12
Lenti lantanio ar	€ 117,30
Lenti progressive	€ 153,00
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 20,40

Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 25,50
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 42,84
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 71,40
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 102,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 107,10
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 71,40
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 127,50
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 112,20
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 147,90
Monofocale in vetro non trattata	€ 20,40
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 40,80
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 35,70
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 30,60
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 71,40
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 45,90
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 66,30
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 153,00
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 204,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 91,80
Montatura glosant (a giorno)	€ 132,60

b) PREVENZIONE

La copertura non opera all'Estero.
Il Nucleo **può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno (1) degli otto (8) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo al presente modulo:**

1. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)

- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO
Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.
Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.
E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

2. PREVENZIONE ONCOLOGICA
La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.
Queste prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione.**

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni
- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni
- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumoremammario)

3. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA
Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito www.previsalute.it
L'applicazione disponibile sul sito darà esito immediato del Questionario:
a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.
In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Strutture Convenzionate da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il

Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.
Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.
E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

4. PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una 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

5. PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

6. PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

7. PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni neviche e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

8. PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

c) FISIOTERAPIA*

1. Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

*Il primo massimale ad essere utilizzo per la fisioterapia a seguito di infortunio sarà quello della garanzia opzionale "c" Fisioterapia; una volta esaurito sarà possibile utilizzare quello del piano base (vedi garanzia E FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI).

2. Trattamenti fisioterapici a seguito di specifici interventi chirurgici, ortopedici, neurochirurgici

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di:

a) intervento chirurgico ortopedico di artroprotesi;
b) intervento chirurgico ortopedico diverso dall'artroprotesi;
c) intervento di neurochirurgia endocranica;
d) intervento di neurochirurgia diverso dalla chirurgia endocranica (ad es. chirurgia vertebrale o neurochirurgia sui nervi periferici).

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'evento acuto di cui ai punti a), b), c) e d) e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso Centro Medico.

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO
Il Piano Sanitario è prestato a favore degli Iscritti a primo o secondo rischio a seconda del settore di appartenenza.

E' data inoltre facoltà al Iscritto di estendere la copertura ai propri familiari come identificati nella definizione di "nucleo familiare" purché risultanti nello stato di famiglia del Iscritto, ad adesione individuale e volontaria e a fronte del pagamento del relativo contributo.

L'estensione del Piano Sanitario al Nucleo Familiare NON presuppone l'adesione preventiva da parte del Iscritto al Piano Sanitario dedicato ai soli Iscritti.

Fatti salvi i termini di aspettativa previsti al punto "Termini di aspettativa", le garanzie sono operanti:

a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;

b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO
L'inclusione di familiari in corso d'anno in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario non è consentita, ad eccezione di quanto previsto dal punto "Neonati". Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01/01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA
Si conviene fra le Parti che il Piano Sanitario mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità o periodo di copertura in corso, anche nei seguenti casi:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili".

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA
Il Piano Sanitario decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).
Se il Contraente non paga i contributi o le rate mensili di contributo successive, il Piano Sanitario resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi

dell'art. 1901 del Codice Civile.
Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali il Piano Sanitario resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.
Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto ai contributi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di un anno.

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario al Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).
Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all'01/01 dell'anno successivo all'anno di adesione e così di seguito.
Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell'01/01 dell'anno successivo all'adesione.
Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

TERMINI DI ASPETTATIVA
La garanzia decorre:
- per gli infortuni, la prevenzione, l'odontoiatria, la non autosufficienza dal momento in cui, ai sensi del punto "Effetto e durata della copertura", ha effetto il Piano Sanitario;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30°** giorno successivo al momento in cui, ai sensi ai sensi del punto "Effetto e durata della copertura", ha effetto il Piano Sanitario;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia e le lenti ed occhiali, dal **90°** giorno successivo al momento in cui, ai sensi ai sensi del punto "Effetto e durata della copertura", ha effetto il Piano Sanitario;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e pacchetto maternità dal **300° giorno successivo** al momento in cui, ai sensi ai sensi del punto "Effetto e durata della copertura", ha effetto il Piano Sanitario.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario, alle diverse prestazioni (in caso di cambio del Piano Sanitario) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto al punto "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno".

PATOLOGIE PREGRESSE
Sono escluse dalla copertura le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano Sanitario.
Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:
- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile**;
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo**

rimborsabile/liquidabile;

- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del piano sanitario, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Alla tariffa Under 65, non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 65 anni, anche in caso di adesione a Nucleo nessun componente deve avere un'età superiore ai 65 anni. Alla tariffa Over 65, possono aderire alla copertura le persone di età superiore ai 65 anni, anche in caso di adesione a Nucleo la tariffa Over 65 viene applicata nel caso in cui almeno un componente abbia già compiuto 65 anni. La tariffa di adesione rimane invariata fino all'80° anno di età.

Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento dell'80° anno di età la copertura potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità in cui l'assistito raggiunge l'85° con un contributo maggiorato del 25%.
Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della copertura, il Piano Sanitario cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

La Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, la Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli Assistitori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.
Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.
Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino (TO).

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO – PRESTAZIONI MEDICHE

Esclusioni

Il Piano Sanitario non comprende le spese per:

1. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e "downhill";
4. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6. le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
7. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
8. ricoveri in lungodegenza;
9. le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
10. interruzione volontaria della gravidanza;
11. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio) e fitoterapiche;
12. le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie";
13. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto alla garanzia "Neonati";
14. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
15. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
16. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari esecondari;
17. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
18. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
19. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il Ricovero";
20. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
21. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
22. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
23. Ricoveri impropri;

24. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
25. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto al capitolo "Estratto delle prestazioni sanitarie coperte dalla Mutua";
26. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni, gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
27. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
28. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
29. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umanao per legittima difesa;
30. le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della garanzia, ad eccezione di quanto previsto nel caso di rinnovo dei contratti per più di cinque anni;
31. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza del Piano Sanitario nonché le relative conseguenze e complicanze.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni
Il sinistro deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.**
Per le prestazioni ospedaliere, la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero,; per le prestazioni extraospedaliere la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento. Per le cure oncologiche, le prestazioni fisioterapiche ed odontoiatriche la data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico evento.
Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti **è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.**
Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.
L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura Assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.
Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- **certificato di morte dell'Assistito**;
- **copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà** che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- **in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale** dalla quale risulti che l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- **eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire**;
- **fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede**;
- **dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.**

Si precisa che qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Le prestazioni erogate in intramoenia sono considerate prestazioni private, ancorché eseguite in strutture pubbliche.

Tutte le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di copertura, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'Assistito.

Si precisa che gli eventuali limiti di spesa (ad esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese pre e post di un ricovero sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversificati a seconda del regime di accesso alla prestazione prescelto (regime di assistenza diretta o regime rimborsuale). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital.

Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente copertura Assistitiva, rimane ad esclusivo carico dell'Assistito; non sono dovute dalla Società le spese sostenute dall'Assistito per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad esempio le spese per il rilascio di copia della cartellaclinica).

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, 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.**
Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche, l'Assistito dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del VoucherSalute® per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa, **se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico Assistitiva della richiesta avanzata, rilascia all'Assistito un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. 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, scoperti).

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - **800. 99.17.85** da telefono fisso (numero verde); - **+39 0422.17.44.235** da telefono cellulare e 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 Assistitiva, 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.previsalute@previmedical.it o via fax,** al numero **0422.17.44.735** – 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. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).**

È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.
Per le prestazioni diverse da quelle su indicate, 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. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**

⇨ **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 resesi 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 Assistitiva 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 **(ad esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2025; a partire dal 20/03/2025 l'Assistito che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo a partire dal 21/03/2025, 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®, a decorrere dal 10/04/2025, per una validità di ulteriori 30 giorni da tale data. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2025 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione non potrà superare la data del 31/05/2025).**
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 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 dal presente Piano Sanitario (a titolo esemplificativo franchigie e scoperti).

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 a Previmedical, trasmettendo la richiesta 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 tramite mail all'indirizzo assistenza.previsalute@previmedical.it o a mezzo **fax (0422.17.44.735) 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.

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 rimarranno in ogni caso a carico dell'Assistito.

La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione 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 la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App mobile, entro i termini indicati nel precedente paragrafo.

d) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.

e) 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 scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario), 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 dal Piano Sanitario, 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).

Procedura operativa - Regime Rimborsuale

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 www.previsalute.it 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;**
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. È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche;**
4. **in caso di richiesta di diaria da convalescenza, l'inabilità totale deve essere espressamente certificata nella cartella clinica;**
5. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;**
6. **le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura**, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
7. **copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);**
8. **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/specialista che ha effettuato laprestazione.

   Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.
9. **in caso di infortunio:**
   ⇨ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
   ⇨ **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 resesi 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).
10. **quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione deisinistri.**

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

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

Ufficio Liquidazioni
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.

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.

Le prestazioni 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.

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 della predetta documentazione.

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 **www.previsalute.it** oppure attraverso la App Mobile.
La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, 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 del Piano Sanitario, la Mutua 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.

Forma delle prestazioni

Opzione 2
La presente copertura si intende prestata a primo rischio. Il rimborso delle prestazioni verrà applicato sull'intero importo della spesa sostenuta con l'applicazione a seconda della diversa tipologia di prestazione degli scoperti, franchigie, limiti e massimali specificamente indicati nell'opzione.

Opzione 1
La presente copertura si intende prestata a primo rischio o a secondo rischio a seconda del settore di appartenenza:

- *a primo rischio:* il rimborso delle prestazioni verrà applicato sull'intero importo della spesa sostenuta con l'applicazione a seconda della diversa tipologia di prestazione degli scoperti, franchigie, limiti e massimali specificamente indicati nell'opzione.

- *a secondo rischio:* la copertura si intende prestata in forma integrativa delle prestazioni fornite da Fondi Assistenziali di categoria (Fondo EST, QUAS) ai quali l'Assistito è obbligatoriamente iscritto, ossia a secondo rischio e ad integrazione dei plafond previsti dai tariffari dei fondi succitati, senza applicazione di scoperti e franchigie.
  E' previsto l'obbligo per l'Assistito di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso del Fondo, per ottenere dalla Società il rimborso della parte rimasta a suo carico, purché rimborsabile a termini di copertura.
  Qualora gli Enti Fondo EST, QUAS rifiutino di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado queste rientrino fra quelle previste dai rispettivi Regolamenti e sempreché queste risultino indennizzabili in base alla specifica opzione prescelta, verrà dato corso al rimborso delle sole spese eccedenti quanto previsto nei Regolamenti medesimi. Resteranno pertanto a carico dell'Assistito gli importi previsti dai Tariffari adottati dai suddetti Fondi.

  Ai fini del rimborso/liquidazione, verranno considerati i tariffari dell'Ente di "primo rischio" relativi alla annualità precedente la decorrenza del presente Fascicolo Informativo.
  Con riferimento ad eventuali imposte gravanti sulle prestazioni sanitarie, si segnala che la Società erogherà i relativi importi esclusivamente in proporzione alla quota di prestazione sanitaria rimborsata/liquidata in virtù della presente copertura.

  Le eventuali garanzie o prestazioni non previste dai tariffari Fondo EST, QUAS, ma incluse nel presente Piano Sanitario, saranno fornite a primo rischio nell'ambito dei massimali e dei limiti previsti dal contratto.

  Si precisa inoltre che in riferimento esclusivamente al regime di assistenza diretta presso le Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, l'Assistito potrà utilizzare anche a Primo rischio il proprio piano sanitario, anche senza attivare Fondo Est o Quas.

  In riferimento all'integrativa Fondo EST E QUAS, si precisa che è previsto il rimborso esclusivamente per il dipendente e non anche per il nucleo familiare.

❖ Allegato I – ELENCO GRANDI INTERVENTI

ADDOME (parete addominale)
- Laparotomia esplorativa per occlusione con resezione
- Laparotomia esplorativa con sutura viscerale

CARDIOCHIRURGIA
Interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati:
- correzione del setto interatriale
- correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- valvulotomia mitralica
- valvulotomia valvolare aortica
- correzione di senosi aortica sottovalvolare a diaframma
- sostituzione valvola singola: aortica – mitralica – tricuspidale
- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto-coronarico singolo
- embolectomia della polmonare

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
- correzione finestra aorto-polmonare
- correzione di ventricolo unico
- correzione di ventricolo destro a doppia uscita
- correzione di truncus arteriosus
- correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- correzione di stenosi aortiche infundibulari
- correzione di stenosi aortiche sopravalvolari
- correzione di trilogia di Fallot
- correzione di tetralogia di Fallot
- correzione di atresia della tricuspide
- correzione della pervieta interventricolare ipertesa
- correzione della pervieta interventricolare con "debanding"
- correzione della pervieta interventricolare con insufficienza aortica
- sostituzioni valvolari multiple
- by-pass aorto-coronarici 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

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

CHIRURGIA PEDIATRICA
- polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- atresia congenita dell'esofago
- fistola congenita dell'esofago
- occlusione intestinale del neonato: atresie necessità di anastomosi
- occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione secondo Mickulicz
- occlusione intestinale del neonato: 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
- megauretere, resezione con reimpianto
- megauretere, resezione con sostituzione di ansa intestinale
- megacolon, resezione anteriore
- megacolon, operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

CHIRURGIA VASCOLARE
- operazione sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

COLLO
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- resezione dell'esofago cervicale

ESOFAGO
- interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
- interventi con esofago platica

FEGATO
- drenaggio di ascesso epatico
- intervento per echinococcosi
- resezioni epatiche
- derivazioni biliodigestive
- interventi sulla papilla di Water
- reinterventi sulle vie biliari
- interventi chirurgici per ipertensione portale

GINECOLOGIA
- isterctomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale
- isterctomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- vulvectomia allargata per linfoadenectomia
- intervento radicale per carcinoma ovarico

INTERVENTI SUL MEDIASTINO
- interventi per tumore

INTERVENTI SUL POLMONE
- interventi per fistole bronchiali
- interventi per echinococco
- resezioni segmentarie e lobectomia
- pneumectomia
- tumori della trachea

INTESTINO
- colectomia totale
- colectomie parziali

LARINGE – TRACHEA – BRONCHI – ESOFAGO
- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

NERVI PERIFERICI
- interventi sul plesso brachiale

NEUROCHIRURGIA
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per craniostenosi
- interventi per traumi cranio cerebrali
- plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- intervento sulla ipofisi per vie transfenoidale
- 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)
- trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- intervento per epilessia focale e callosotomia
- emisferectomia
- interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- anastomosi dei vasi extra-cranici con interposizione di innesto
- anastomosi dei vasi extra-cranici
- correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- interventi per traumi vertebro-midollari
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- somatotomia vertebrale
- interventi endorachidei per terapia dek dolore o spasticità o per altre affezioni meningo-midollari (mielocele – mielomeningocele, etc.)
- cordotomia e mielotomia per cutanea

OCULISTICA
- odontocheratoprotesi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- osteosintesi di omero
- interventi per costola cervicale
- scapulopessi
- trapianti ossei o protesi diafisarie
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- resezioni del sacro
- osteonsintesi rachidee con placche e viti trans-penducolari
- laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- disarticolazione interscapolo toracica
- resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggiodell'arto
- resezioni atrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-pro-radio
- emipelvectomia
- emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- resezioni del femore prossimale atrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)
- resezioni atrodiafisarie del ginocchio:
    - artodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)
    - sostituzione con protesi modulari o "custom-made"
- artoprotesi di anca
- protesi totale di displasia d'anca
- intervento di rimozione di protesi d'anca
- intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- artoprotesi di ginocchio
- protesi cefalica di spalla
- vertebrotomia
- discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- uncoforaminotomia
- corporectomia per via nateriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- osteosintesi vertebrale
- pulizia: focolai osteici
- atrodesi per via anteriore
- interventi per via posteriore:
    - senza impianti
    - con impianti
- interventi per via posteriore:
    - senza impianti
    - con impianti

PANCREAS – MILZA

- interventi per pancreatite acuta
- interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- interventi per pancreatite cronica
- interventi per neoplasie pancreatiche

PERITONEO
- exeresi di tumore dello spazio retro peritoneale

RETTO – ANO
- interventi per neoplasie per retto-ano
- interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- operazione per megacolon
- proctolectomia totale

STOMACO E DUODENO
- resezione gastrica
- gastroectomia totale
- gastroectomia allargata
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- intervento per fistola gastro-digiunocolica
- sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- mega-esofago e esofagite da reflusso
- cardioplastica

TRAPIANTI
- trapianto cornea
- trapianto cuore e/o arterie
- trapianto organi degli apparati:
    - digerente
    - respiratorio
    - urinario

UROLOGIA
- nefrectomia allargata per tumore
- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- resezione renale con clampaggio vascolare
- nefrouretectomia totale
- surrenalectomia
- ileo bladder
- cistoprostatovescicolectomia con uretesingmoidostomia
- cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi
- riparazione vescica strofica con neovescica rettale
- linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasie testicolari

Si considerano "GRANDI INTERVENTI" anche:
- il trapianto e l'espianto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

❖ Allegato III – TARIFFARIO FISIOTERAPIA

Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie invalidanti ammesse a rimborso sono:

PRESTAZIONI DI **ELETTROTERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Diadinamica	**€ 8,00**
Diatermia	**€ 8,00**
Diatermoterapia	**€ 8,00**
Elettrosonoterapia	**€ 8,00**
Elettrostimolazioni esponenziali	**€ 8,00**
Elettroterapia	**€ 10,00**
Ionoforesi	**€ 10,00**
Terapia antalgica transcutanea	**€ 8,00**

PRESTAZIONI DI **IDROTERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Bagnoterapia	**€ 13,00**
Crenoterapia	**€ 13,00**
Ginnastica vascolare idrica	**€ 9,00**
Idrochinesiterapia	**€ 13,00**
Idrogalvanoterapia	**€ 8,00**
Idromassoterapia	**€ 8,00**

PRESTAZIONI DI **MASSOTERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Drenaggio linfatico manuale	**€ 15,00**
Massaggio riflessogeno	**€ 13,00**
Massaggio strumentale	**€ 8,00**
Massaggio terapeutico tradizionale	**€ 8,00**
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	**€ 19,00**

PRESTAZIONI DI **RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	**€ 23,00**
Ginnastica correttiva	**€ 11,00**
Ginnastica medica (non a scopo estetico)	**€ 16,00**
Ginnastica propriocettiva	**€ 8,00**
Ginnastica respiratoria	**€ 11,00**
Ginnastica segmentaria	**€ 11,00**
Riabilitazione post-operatoria	**€ 11,00**
Riabilitazione post-traumatica	**€ 11,00**
Rieducazione neuromotoria	**€ 21,00**
Riabilitazione del pavimento pelvico	**€ 30,00**

PRESTAZIONI DI **VERTEBROTERAPIA MANU MEDICA**	*COSTO PER SEDUTA*
Correzione incruenta del disallineamento vertebrale	**€ 18,00**
Manipolazioni vertebrali	**€ 21,00**
Trazioni vertebrali cervicali	**€ 11,00**
Trazioni vertebrali lombosacrali	**€ 11,00**
Trazioni vertebrali meccaniche	**€ 11,00**

PRESTAZIONI DI **SONOTERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Ultrasuoni a contatto	**€ 10,00**
Ultrasuoni ad immersione	**€ 8,00**

PRESTAZIONI DI **TECARTERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Tecarterapia	**€ 26,00**

PRESTAZIONI DI **TERMOTERAPIA**	*COSTO PER SEDUTA*
Crioterapia	**€ 7,00**
Fangoterapia	**€ 9,00**
Fitoterapia	**€ 6,50**
Ipertermia	**€ 31,00**
Marconiterapia	**€ 8,00**
Paraffinoterapia	**€ 8,00**
Radarterapia	**€ 8,00**

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:
FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

☐ **Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO**	☐ **Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome_____**Nome** _____

Nato/a_____**il**_____**Sesso** M F **Codice Fiscale** _____

Tel_____**Cell (*)**_____**E-mail** _____

Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome_____**Nome** _____

Nato/a_____**il**_____**Sesso** M F **Codice Fiscale** _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura ..... ☐
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) ..... ☐
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione ..... ☐
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero ..... ☐

N.B.: Per il rimborso di cure odontoiatriche utilizzare l'apposito modulo "DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE"

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture **(NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):**

	N° Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/ Ricevuta	Importo
1				,
2				,
3				,
4				,
5				,
6				,
7				,
			Totale richiesto	,

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

documentazione prodotta in copia, il Fondo Previsalute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.
Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

☐ **NO** ☐ **SI*** _____

***SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza:_____Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

☐ Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

(in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

Intestatario conto corrente: _____

IBAN ☐☐☐

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dal Fondo e/o dalla Compagnia e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Data compilazione:_____ **Firma del Titolare della copertura** _____

Firma del familiare_____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, PreviSalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Intermediari, Previmedical S.p.A., Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE ODONTOIATRICHE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:
FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

☐ **Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO**	☐ **Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome_____**Nome** _____

Nato/a_____**il**_____**Sesso** M F **Codice Fiscale** _____

Tel_____**Cell (*)**_____**E-mail** _____

Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____**Nome** _____

Nato/a_____**il**_____**Sesso** M F **Codice Fiscale** _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

Prestazione	Patologia	Quantità	Dente/i	Arcata

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture **(NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative)**:

	N° Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/ Ricevuta	Importo
1				,
2				,
3				,
4				,
5				,
6				,
7				,
			Totale richiesto	,

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Previsalute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

☐ **NO** ☐ **SI*** _____

SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza:_____Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

☐ certificato di pronto soccorso
☐ verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (prescrizione dell'odontoiatra contenente quesito diagnostico o patologia, cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, altro) che sono acquisiti dalla Compagnia e/o dalla Cassa/Fondo e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione:_____ **Firma del Titolare della copertura**:_____

Firma del familiare _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, PreviSalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Intermediari, Previmedical S.p.A., Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*