

## NOMENCLATORE PIANO SANITARIO DIRIGENTI ISCRITTI A PMI SALUTE

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

### GLOSSARIO

**Assistito:** il dirigente delle aziende aderenti o collegate a Confimi Impresa e associate alla Cassa/Fondo.

**Assistenza infermieristica:** l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

**Cartella Clinica:** documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

**Cassa/Fondo:** CASSA RBM SALUTE – Viale Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso – P.IVA 97607920150 - soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

**Centrale Operativa:** è la struttura di Previmedical che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni alla stessa attribuite dalla polizza. Previmedical – Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. eroga servizi amministrativi e liquidativi ai clienti della Società; Previmedical ha sede in Italia, via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso.

**Centro Medico:** struttura, anche non adibita 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 direzione sanitaria.

Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.

**Certificato di assicurazione:** il documento rilasciato dalla Società agli Associati che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

**Chirurgia Bariatrica:** detta anche “chirurgia dell'obesità”. Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

**Centro diurno integrato (CDI):** è un servizio semiresidenziale, offerto di norma nell'ambito di una RSA, rivolto a soggetti parzialmente non autosufficienti, che non prevede la degenza notturna ed eroga servizi socio-sanitari.

**Contributo:** la somma dovuta dall'Azienda Associato alla Cassa.

**Convalescenza:** periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

**Day Hospital/ Day Surgery:** La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura/struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o

prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

**Difetto fisico:** alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

**Evento/Data Evento:**

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital 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:** la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

**Indennità sostitutiva:** indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

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

**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:** l'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, dia termocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia".

**Intramoenia:** prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital 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) che 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:** Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

**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;

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia, salvo quanto specificatamente previsto dall'opzione prescelta.

**Malattia Mentale:** tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

**Malformazione:** la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti o di suoi organi per condizioni morbose congenite

**Massimale:** la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

**Medicina Alternativa o Complementare:** le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

**Network:** rete convenzionata della Compagnia, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.pmisalute.it](http://www.pmisalute.it).

**Nucleo familiare:** Titolare, coniuge o convivente more uxorio e figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

**Prestazioni miste:** prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

**Protesi acustica (Apparecchio acustico):** è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

**Protesi ortopediche:** sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

**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

**Rimborso/Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Scoperto:** la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

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

**Sub-massimale:** la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la

Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

**Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi:** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

**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.

## 1. OGGETTO DEL PIANO SANITARIO

Oggetto della presente Piano Sanitario è il rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli Assistiti, con qualifica di Dirigente, in conseguenza d'infortunio o malattia entro i limiti previsti dalle garanzie di seguito riportate.

## 2. MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL PIANO SANITARIO

L'assistenza sanitaria sarà operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche;
- senza limitazioni territoriali;
- durante il permanere del rapporto di lavoro e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assistito potrà rivolgersi, con le modalità riportate all'interno della **“Guida all'Utilizzo delle Prestazioni Sanitarie”** pubblicata sul sito internet [www.pmisalute.it](http://www.pmisalute.it), a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa con pagamento diretto da parte del Fondo;
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il Fondo con pagamento rimborsuale con applicazione di scoperti e franchigie appresso indicate;
- c) Servizio Sanitario Nazionale.

## 3. PERSONE PER CUI È OPERANTE L'ASSISTENZA SANITARIA

Il presente Piano Sanitario prevede l'adesione dei Dirigenti delle aziende che applicano il CCNL per la piccola e media industria manifatturiera, metalmeccanica e della installazione di impianti.

L'adesione viene perfezionata dalle aziende mediante l'associazione al Fondo. Qualora l'azienda decida di aderire dovrà iscrivere obbligatoriamente al presente piano sanitario tutti i Dirigente in essa operanti.

E' data inoltre facoltà alle Aziende non appartenenti alle medesime categorie aderenti e/o collegate a Confimi Impresa, di aderire ai Piani Sanitari offerti dalla Cassa, purché si associno a Confimi Impresa.

### **3.1. Categorie Assistibili**

Il presente Piano Sanitario prevede l'inclusione in assistenza, senza alcuna eccezione né selezione, di tutti i Dirigenti in servizio delle aziende iscritte e/o collegate a Confimi Impresa, operanti nei settori della Piccola e Media Impresa, con l'estensione della copertura sanitaria al suo nucleo familiare come identificato nel glossario.

### **3.2 Inclusioni di Assistiti in corso d'anno:**

Premesso che il presente Piano Sanitario ha durata annuale, con termine alle ore 00 del 01.01 di ciascun anno assistenziale, è data facoltà alle singole Associazioni di aderire al programma in data diversa dal 01 Gennaio.

In questi casi il premio di ingresso verrà calcolato come segue:

- in caso di inclusione in copertura di aziende nel primo semestre dell'anno, sarà dovuto il 100% del contributo annuo (i massimali previsti dalle singole garanzie saranno sempre al 100%)
- in caso di inclusione in copertura di aziende nel secondo semestre dell'anno, si conviene di fissare la scadenza al 01.01 dell'anno successivo a quello di entrata. Il contributo dovuto sarà pari al 70% del contributo annuo (i massimali previsti dalle singole garanzie saranno sempre al 100%).

### **3.3 Inclusione/esclusione di Dirigenti in corso d'anno**

I licenziamenti o le assunzioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dalle Aziende associate con modalità telematiche alla Cassa.

- Nel caso di assunzione o inclusione di nuovi nuclei, la garanzia decorrerà dalle ore 00.00 del giorno successivo alla comunicazione.

Qualora la comunicazione abbia data successiva a quella di effettiva assunzione, risultante dai registri dell'Azienda Associata, ai fini dell'attivazione della garanzia farà fede quest'ultima. Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 30 giorni, oltre i quali il piano sanitario decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato.

- Il Piano Sanitario, rispetto agli Assistiti esclusi, cessa dalle ore 00.00 della data di scadenza annuale dell'anno assistenziale in corso.

Per effetto di quanto sopra, qualora nel corso dello stesso anno assistenziale, l'Assistito assunto da un'Azienda Associata a CONFIMI IMPRESA, sia già inserito nella polizza elenco di un'altra Azienda aderente a CONFIMI IMPRESA, rimarrà in vigore la precedente copertura assicurativa, senza soluzione di continuità e nessun premio sarà dovuto fino alla data di effetto della successiva annualità assicurativa.

### **3.4 Variazione del nucleo familiare in corso d'anno**

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare Assistito (per nascita, matrimonio o modifica del regime a carico) la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei nuovi assistiti purché la comunicazione alla Fondo

Sanitario venga effettuata entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento: in difetto l'assistenza entrerà in vigore dalle 00.00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

#### 4. DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per la consultazione dei massimali messi a disposizione per ogni singola garanzia come pure per le relative condizioni di liquidazione in regime di assistenza diretta e/o rimborsuale si rinvia all'Allegato 1 "Scheda di riepilogo del Piano Sanitario".

#### PRESTAZIONI OSPEDALIERE

##### A) OSPEDALIERE

##### 1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

###### *Prima del ricovero*

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro il numero di giorni precedenti al ricovero o all'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 ed entro il relativo sub-massimale;
- 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 il numero di giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'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.

###### *Ricoveri per trattamenti fisioterapici (ove previsti)*

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

###### *Trapianti*

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

*Chirurgia Refrattiva (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)*

Sono riconosciute le spese limitatamente agli interventi effettuati:

- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi);
- b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

## **2) Degenza in regime di Day Hospital**

*Durante la degenza*

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 “durante il ricovero”. Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

*Prima e dopo la degenza (esclusivamente in caso di intervento chirurgico)*

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche sostenuti entro il numero di giorni precedenti e successivi alla degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario la stessa.

## **3) Parto Naturale, Parto Cesareo ed Aborto**

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 “prima del ricovero”, “durante il ricovero” e “dopo il ricovero”, entro i relativi sub-massimali indicati in polizza. Con riferimento al Parto Cesareo, le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, ecc.) sono riconosciute nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo stesso.

## **4) Rette di degenza dell'Accompagnatore**

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).

## **5) Trasporto sanitario**

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. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanz.

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.

## **6) Indennità sostitutiva**

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Società corrisponde un'indennità, indicata in polizza 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.

Il Piano Sanitario riconosce le stesse prestazioni descritte al punto 1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

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.

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

- Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extraospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza.
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.
- Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
  - a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
  - b) 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.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al **100%**.

## **7) Neonati**

Il Piano Sanitario si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30gg dalla nascita. 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 ed entro il limite massimo di Euro 30.000.

## **PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

### **B) ALTA SPECIALIZZAZIONE**

#### **1) Alta Diagnostica**

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- Coronarografia;
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- Elettrocardiogramma sotto sforzo;
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);



- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Bronco- scopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia;
- Esami Istologici;
- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età).

## 2) Diagnostica Strumentale Standard

- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;
- Uroflussometria;
- M.O.C. (densitometria ossea).

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

## C) CURE DOMICILIARI /AMBULATORIALI

Sono riconosciute le spese di seguito indicate con esclusione delle prestazioni indicate al punto B:

- Visite specialistiche (escluse odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi finalizzati al recupero della salute;
- accertamenti diagnostici;
- assistenza infermieristica a domicilio;

Inoltre:

- accertamenti diagnostici a scopo preventivo e cioè:

a) DONNA (gino-test):

- ⇒ un esame mammografico;
- ⇒ esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
- ⇒ un esame elettrocardiografico.

b) UOMO (andro-test)

- ⇒ elettrocardiogrammi a riposo e da sforzo;
- ⇒ esame radiologico del torace;
- ⇒ esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL quadro lipidico (colesterolo, trigliceridi, lipoproteine).

Ciascuno dei predetti esami preventivi può essere effettuato esclusivamente in forma diretta presso le strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

## D) MEDICINALI

Sono rimborsabili le spese per l'acquisto di medicinali prescritti dal medico curante o dallo specialista, riportati nel prontuario farmaceutico. L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Il rimborso dei medicinali verrà effettuato con cadenza semestrale, a seguito di presentazione in un'unica richiesta di tutte le eventuali ricette mediche con patologia, riguardanti il semestre di riferimento riconducibili ad un'unica diagnosi.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

### ***E) CURE DENTARIE***

Sono riconosciute le spese di seguito indicate:

- cure odontoiatriche,
- cure ortodontiche,
- protesi ortodontiche,
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

### ***F) PROTESI***

Sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche e/o apparecchi acustici.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

## **6. ESTENSIONE TERRITORIALE**

Il Piano Sanitario è valida per gli Assistiti residenti in Italia ed è operante nel 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.

## **7. DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI**

### **Esclusioni**

Sono esclusi dall'assistenza:

- 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: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, 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, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); 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) 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;
- 9) interruzione volontaria della gravidanza;
- 10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- 11) 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", se prevista in polizza;
- 12) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto all'art. 13 ;
- 13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 15) Ricoveri in lungodegenza;
- 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 e secondari;
- 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 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) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 25) Nei casi di compilazione del QA: le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze, salvo quelle indicate nel Questionario Sanitario e non esplicitamente escluse.

### **Persone non assistibili**

Non sono assistibili e persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione 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.

**Allegato 1**

**Schede Riassuntive dei Piani Sanitari**

<b>PIANO SANITARIO</b>	
<b>Ospedaliere</b>	
<b>A) Ospedaliere</b> Massimale Condizioni:	<b>Euro 250.000</b>  <b>rimborso al 100%</b>  <b>scoperto 5%</b>  <b>scoperto 10% - min Euro 800</b> <b>scoperto 20% - min Euro 800</b>
<i>diretta</i> Strutture ed Equipe ordinarie Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	
"	
<i>rimborso / misto</i> Strutture e/o Equipe ordinaria Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	
<b>Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali</b> Sub massimale Condizioni:	<b>Euro 8.000 per evento</b>  <b>rimborso al 100%</b> <b>scoperto 5%</b>  <b>scoperto 10% - min Euro 400</b> <b>scoperto 20% - min Euro 400</b>
<i>diretta</i> Strutture ed Equipe ordinarie Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	
<i>rimborso/misto</i> Strutture e/o Equipe ordinaria Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	
Materiale Intervento	<b>Scoperto 30%</b>
Limite Robot	<b>€ 3.000 -in caso di G.I. € 5.000</b>
limite retta di degenza fuori rete pre/post	<b>Euro 450</b> <b>90/90 gg.</b>
<b>Sub massimali (*)</b> Parto Naturale Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti Correzione Miopia	<b>Euro 4.000</b> <b>Euro 8.000</b> <b>Euro 1.000 per occhio</b>
<b>Accompagnatore</b>	<b>Euro 120 al giorno max 50 gg.</b>
<b>Trasporto malato</b>	<b>Euro 7.000</b>
<b>Indennità sostitutiva</b> Ricovero con e senza intervento Day-Hospital Pre/post	<b>Euro 150 al giorno max 150 gg.</b> <b>50% del ricovero</b> <b>90/90 gg.</b>
<b>Neonati</b>	<b>fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di Euro 30.000</b>
<b>Extraospedaliere</b>	
<b>B) Prestazioni Diagnostiche</b> Massimale Condizioni:	<b>Alta diagnostica e Diagnostica strumentale standard</b> <b>Euro 4.000</b>  <b>rimborso al 100%</b> <b>scoperto 10% - min Euro 50</b> <b>rimborso al 100%</b>
<i>diretta</i> <i>rimborso</i>	
<b>Ticket</b>	

<p><b>C) Visite Specialistiche ed Analisi</b> Massimale Condizioni:  diretta rimborso  - Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale) - Check up SOLO DIRETTA</p> <p><b>Ticket</b></p>	<p><b>Euro 3.000</b>  <b>rimborso al 100%</b> <b>scoperto 10% - min Euro 30</b> <b>Euro 70 al giorno max 20 gg.</b> <b>Euro 258 annui - solo dipendente</b> <b>rimborso al 100%</b></p>
<p><b>D) Medicinali</b> Massimale Condizioni <b>Ticket</b></p>	<p><b>Euro 350</b> <b>scoperto 10% - min Euro 40</b> <b>rimborso al 100%</b></p>
<p><b>E) Cure dentarie</b> Massimale Condizioni:  diretta rimborso</p> <p><b>Ticket</b></p>	<p><b>Euro 2.000</b>  <b>rimborso al 100%</b> <b>scoperto 10% - min Euro 150</b> <b>rimborso al 100%</b></p>
<p><b>F) Protesi</b> Massimale Condizioni <b>Ticket</b></p>	<p><b>Euro 5.000</b> <b>scoperto 10% - min Euro 50</b> <b>rimborso al 100%</b></p>

(\*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali

## Lista delle Strutture “TOP”

### ROMA

- Casa di Cura Villa Margherita
- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Casa di Cura Pio XI
- Fondazione Santa Lucia

### MILANO

- Casa di Cura La Madonnina S.p.A..
- Istituto Nazionale Tumori
- Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)
- Istituto Europeo di Oncologia
- Istituto Cardiologico Monzino

### TORINO

- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Fornaca

### BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

### VARESE

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

### GENOVA

- Villa Montallegro

### Lista Equipe "TOP"

N.	COGNOME	NOME	CITTA'	SPECIALITA'
1	ALEANDRI	VINCENZO	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
2	ANGIOLI	ROBERTO	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
3	BARILLARI	PAOLO	ROMA	CHIRURGIA GENERALE
4	BENECH	FRANCO	TORINO	NEUROCHIRURGIA
5	BENEDETTI PANICI	PIERLUIGI	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
6	CHIARIELLO	LUIGI	ROMA	CARDIOCHIRURGIA
7	COLAO	FERNANDO	FIRENZE	ORTOPEDIA
8	COLLETTI	VITTORIO	VERONA/MILANO	ORL
9	COPPOLA	ROBERTO	ROMA	CHIRURGIA
10	CAMPISI	CORRADINO	GENOVA	CHIRURGIA DEI VASI LINFATICI
11	CUCCINIELLO	CARMINE	MILANO	ORTOPEDIA
12	DANARO	VINCENZO	ROMA	ORTOPEDIA
13	DELITALA	ALBERTO	ROMA	NEUROCHIRURGIA
14	DERACO	MARCELLO	MILANO	CHIRURGIA ONCOLOGICA
15	DEVITA	ROY	ROMA	CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (MAMMELLA)
16	FACCIOLO	FRANCESCO	ROMA	CHIRURGIA TORACICA
17	FIORANELLI	MASSIMO	ROMA	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
18	GALLUCCI	MICHELE	ROMA	UROLOGIA
19	GOTTARELLI	PAOLO	BOLOGNA	CHIRURGIA PLASTICA
20	LEO	ERMANNINO	MILANO	CHIRURGIA COLORETTALE
21	MAIRA	GIULIO	ROMA	NEUROCHIRURGIA
22	MEANI	ENZO	MILANO	ORTOPEDIA
23	NERONI	MASSIMILIANO	ROMA	NEUROCHIRURGIA
24	PIREDDA	ALESSIO	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
25	POZZI	GIUSEPPE	ROMA	CHIRURGIA MININVASIVA
26	POZZI	GIUSEPPE	ROMA	SURGICAL EXCELLENCE & HEALTHCARE (ulteriore specialità)
27	ROMAGNOLI	SERGIO	MILANO	ORTOPEDIA
28	SANTINI	MASSIMO	ROMA	CARDIOLOGIA
29	SCAMBIA	GIOVANNI	ROMA	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
30	SCIARRETTA	FABIO VALERIO	ROMA	ORTOPEDIA
31	SEMPRINI	AUGUSTO	MILANO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
32	SPRIANO	GIUSEPPE	ROMA	ORL





**assistenza  
sanitaria  
integrativa**  
Iniziativa di  
Confimi Impresa Meccanica,  
Fim-CISL, Uilm-UIL



33	TICOZZI	PAOLO	MILANO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA
----	---------	-------	--------	--------------------------