

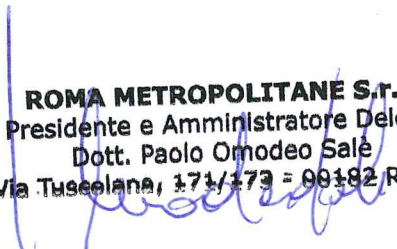
PROCEDURA APERTA IN AMBITO EUROPEO PER L'AFFIDAMENTO
DI SERVIZI ASSICURATIVI

LOTTO 8 – Programma di Assistenza Sanitaria Integrativa

CAPITOLATO TECNICO LOTTO 8 – Regolamento Programma di
Assistenza Sanitaria Integrativa

CIG: 6242825E26

ROMA METROPOLITANE S.r.l.
Il Presidente e Amministratore Delegato
Dott. Paolo Ormodeo Sale
Via Tuscolana, 171/173 - 00182 Roma



Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Sommario

DEFINIZIONI:	3
PREMESSA	6
Art. 1. Soggetti ammissibili	6
Art. 2. Nucleo familiare	6
Art. 3. Modalità di adesione e dimissione	6
Art. 4. Finalità	7
Art. 5. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art. 6. Altre assicurazioni/coperture	7
Art. 7. Estensione territoriale	8
Art. 8. Controversie	8
Art. 9. Competenza Territoriale	8
Art. 10. Rinvio alle Norme di Legge	8
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	9
Art. 11. Oggetto dell'Assicurazione	9
Art. 12. Prestazioni	9
Art. 13. Le Forme	11
Art. 14. Forma integrativa al F.A.S.I.	11
Art. 15. Forme riservate ai familiari non a carico o non assistiti dal F.A.S.I.	11
Art. 16. Operatività valide per tutte le Forme	11
Art. 17. Esclusioni	12
Art. 18. Persone non assicurabili	13
Art. 19. Periodi di carenza contrattuali	13
Art. 20. Oneri in caso di Sinistro	13
Art. 21. Pagamento indiretto – Rimborso all'Iscritto	13
Art. 22. Pagamento diretto	14
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	15
FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I.	19
FORMA "F" COMPLETA	22
FORMA "F3" COMPLETA (Riservata al solo iscritto)	24

44 

DEFINIZIONI:

Iscritto

il soggetto a cui favore è prestata l'assicurazione.

Associato

il soggetto associato al Contraente.

Assicurazione

il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Iscritto, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro

Assistenza Infermieristica

l'assistenza infermieristica 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.).

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.

Certificato di Assicurazione

il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti iscritti, ecc).

Carenza

periodo iniziale in cui l'assistenza o alcune prestazioni non sono rimborsate.

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).

Contraente della Convenzione Assicurativa:

La Cassa, soggetto che stipula la convenzione.

Contributo

la somma dovuta dall'Azienda Associata al Contraente.

Convalescenza

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

Day-hospital

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.).

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. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento. Le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi, sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica malattia, stato patologico o infortunio.

Franchigie e scoperti

l'importo che rimane a carico dell'Iscritto.

In riferimento a quanto previsto nella Forma completa l'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Iscritto e indennizzabili a termini di polizza, nonché nel caso di rimborso delle spese effettuate direttamente dalla Società Assicuratrice attraverso la formula del convenzionamento diretto.

In riferimento a quanto previsto nella Forma integrativa l'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese rimaste a carico dell'Iscritto.

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico non saranno applicati scoperti e/o franchigie, ove previsti dalle rispettive opzioni, se il ricovero avviene in regime di totale convenzionamento diretto (struttura ed equipe

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

medica), sempreché l'assistito abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa del network ed abbia da quest'ultima ricevuto relativa autorizzazione.

Grande Intervento Chirurgico:

l'intervento chirurgico di cui all'Elenco Allegato.

Infortunio

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

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.

Intervento ambulatoriale:

Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico anche comportante suture, diatermocoagulazione, 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'iscritto 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

è considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Anche se impropriamente, nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico. Sono incluse anche le menomazioni fisiche, che possono essere compensate con l'uso di protesi dentarie e protesi anatomiche, purché insorte successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun iscritto.

Inoltre, s'intendono incluse le malattie che sono espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di iscrizione. La copertura degli eventi anzidetti cessa, comunque, al termine della iscrizione anche se gli eventi stessi continuano il loro decorso.

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^a revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

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, 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.

Nucleo familiare

quello definito all'Art. 2.

Polizza

il documento che prova l'assicurazione.

Premio

la somma dovuta dal Contraente all'Intermediario.

Protesi acustiche

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

sostituzione artificiale, variamente composta e lavorata, di parte dell'orecchio, per ragioni funzionali, pertinente all'anatomia o alla struttura dell'organismo.

Protesi Ortopediche

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

Provider

la Società di gestione del Network relativo alle strutture ed al personale medico convenzionato e fornitrice dei servizi di carattere sanitario, amministrativo e di liquidazione dei rimborsi.

Quota associativa

La parte del contributo che spetta al Fondo per sostenere i costi di gestione.

Ricovero ospedaliero

degenza in istituto di cura comportante 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.

Sinistro

la causa che determina la richiesta di rimborso.

Le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi, sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica malattia, stato patologico o infortunio.

L'onere della prova è a carico dell'Iscritto.

Società

La Compagnia assicurativa

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

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. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.



PREMESSA

Premesso che:

- Il presente Regolamento, oggetto del presente Accordo, disciplina le modalità e i limiti delle prestazioni integrative sanitarie della Cassa;
- i soci della Cassa e tutti i soggetti che beneficiano di tali prestazioni, sono tenuti all'osservanza del Regolamento;
- le norme del Regolamento possono essere variate secondo le modalità previste dallo Statuto;
- le prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa del Fondo sono garantite da apposite Polizze Collettive di Assicurazioni.

Art. 1. Soggetti ammissibili

Le Aziende associate alla Cassa possono chiedere ed ottenere l'iscrizione alle diverse opzioni dei programmi di ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA a favore dei soggetti appresso indicati e dei rispettivi nuclei familiari (v. definizione all' Art. 2):

- A. dirigenti in servizio alle dipendenze dell'Azienda;
- B. quadri e dipendenti in servizio dell'Azienda.

Art. 2. Nucleo familiare

Il nucleo familiare dell'iscritto è composto dai familiari che rientrino nelle seguenti categorie:

- coniuge dell'iscritto, anche legalmente separato o divorziato, purché in questo caso abbia diritto agli assegni alimentari da parte dell'iscritto o, in alternativa al coniuge, il convivente more-uxorio che risulti dallo stato di famiglia;
- figli fino al 26° anno di età, purché esista una almeno delle seguenti condizioni:
 - o siano studenti, iscritti a scuole/università statali o legalmente riconosciute (incluse scuole all'estero);
 - o frequentino corsi di studio diurni;
 - o non dispongano di redditi propri (escluse eventuali borse di studio o similari);
- figli senza alcun limite di età se invalidi al lavoro proficuo. I figli comprendono anche:
 - o figli naturali legalmente riconosciuti;
 - o figli nati da precedente matrimonio del coniuge;
 - o minori legalmente affidati o adottati;
- genitori dell'iscritto che risultino a carico secondo la normativa fiscale.

I familiari anzidetti, ai fini delle prestazioni sanitarie integrative della Cassa, sono considerati familiari "a carico" presenti nel nucleo dell'iscritto.

Questa definizione vale anche per i nuclei che utilizzano la Forma integrativa, purché i familiari "a carico" siano assistiti dal F.A.S.I..

I familiari che secondo il presente Regolamento sono definiti "non a carico" - di seguito nominati NAC - o, in riferimento ai dirigenti, non siano assistiti dal F.A.S.I., potranno essere aggiunti ai nuclei familiari già assistiti solo all'inizio dell'anno alle condizioni che verranno successivamente declinate dalla Compagnia/Cassa aggiudicataria e nei loro confronti verrà applicata una carenza di 60 giorni.

Il vincolo d'inizio anno e la carenza non si applicano nei casi in cui la richiesta di iscrizione sia contestuale a quella dell'intero nucleo, oppure quando si tratta di cessazione dell'assistenza F.A.S.I..

In riferimento ai dirigenti, l'inserimento in garanzia del convivente more uxorio potrà avvenire con le stesse norme previste per i NAC, senza l'applicazione della carenza prevista di 60 giorni.

Art. 3. Modalità di adesione e dimissione

L'adesione al programma da parte delle aziende associate ammesse alla convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante "Certificati di polizza" emessi dalla Società per ogni singola azienda. I certificati avranno scadenza uguale a quella della convenzione e decorrenza definita dalla Contraente.

Le Aziende dovranno comunicare alla Cassa i nominativi dei soggetti che intendono iscrivere al programma di ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA ed allegare alla comunicazione i moduli di iscrizione forniti dalla Cassa, con l'indicazione dell'eventuale nucleo familiare, completo dei dati richiesti e firmato da tutti i familiari assicurandi. Nella stessa comunicazione le Aziende dovranno anche specificare le Opzioni prescelte.



Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

L'iscrizione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui la Cassa avrà comunicato l'accettazione dell'adesione all'azienda, unitamente all'ammontare del contributo dovuto.

In relazione a quanto sopra indicato faranno eccezione i casi particolari di cui all'Art. 18 Persone non assicurabili, per i quali l'iscrizione decorrerà dal momento in cui vengano definite ed accettate le condizioni particolari. Alle iscrizioni che avvengono contemporaneamente all'adesione alla Cassa dell'Azienda non si applicano carenze temporali nella erogazione delle prestazioni assicurative.

L'iscrizione durerà fino alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno in cui è stata ottenuta.

Per le richieste di nuove iscrizioni formulate in tempi successivi alla prima richiesta presentata dall'Azienda, e per le richieste di re-iscrizione formulate dopo un periodo di cessazione, si applicano le norme speciali previste dall'Art. 19 Periodi di carenza contrattuali

Tali norme tuttavia, non si applicano nei seguenti casi:

- dipendenti di nuova nomina o di nuova assunzione, purché iscritti entro un mese dalla data di nomina o di assunzione;
- neonati e coniugi, purché iscritti entro tre mesi dalla nascita o dal matrimonio. In tal caso l'assicurazione decorre dalla data di nascita o del matrimonio.

Le Aziende che intendono recedere dalla Cassa debbono darne comunicazione con lettera raccomandata entro il 31 ottobre di ogni anno e le dimissioni avranno effetto dalle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno stesso; altrimenti la richiesta di rinnovo della copertura integrativa per i loro iscritti si intende automaticamente confermata. Il mancato rispetto del termine di recesso determinerà l'obbligo, a cura dell'azienda, del pagamento del contributo di rinnovo. Tale obbligo, tuttavia, decadrà nell'ipotesi in cui il Fondo comunichi un incremento dei costi di rinnovo superiore al 10% rispetto al livello dei costi precedente. In questo caso l'azienda dovrà ritenersi libera da ogni vincolo di rinnovo.

Le Aziende che invieranno recesso al Fondo conserveranno il diritto a rientrare nella convenzione sanitaria della Cassa, ma nei loro confronti si applicheranno, all'atto del rientro, le carenze previste dall'Art. 19 Periodi di carenza contrattuali.

Le nuove iscrizioni che si verificheranno nel corso dell'annualità dovranno essere segnalate al Fondo con l'intesa che le variazioni stesse avranno effetto a decorrere dalle ore 00.00 del giorno successivo a quello della comunicazione.

La Cassa di volta in volta richiederà il conguaglio del contributo nei seguenti termini:

- se l'inclusione di nuove persone avviene nel I semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero contributo annuo;
- se avviene nel II semestre dell'anno verrà corrisposto il 65% del contributo annuo, mentre la quota associativa e l'integrazione per il massimale illimitato di ricovero dovranno essere corrisposti per intero;
- eventuali esclusioni di persone non daranno luogo a rimborso del contributo che si considera perciò indivisibile.

Art. 4. Finalità

I soggetti iscritti ai programmi di assistenza sanitaria integrativa della Cassa possono ottenere il rimborso delle spese da essi sostenute per la cura di malattie e di postumi da infortuni, ad integrazione totale o parziale delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'attuazione operativa di questa finalità è realizzata per mezzo di idonei strumenti assicurativi che la Cassa ha stipulato e mantiene attivi a beneficio dei soggetti di cui sopra. I termini e le modalità secondo le quali operano tali strumenti sono riassunti nell'art. Definizioni;

La Cassa s'impegna a trattare con la massima riservatezza tutte le informazioni relative agli eventi di malattia o infortunio che sono portate a sua conoscenza.

Art. 5. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Iscritto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 6. Altre assicurazioni/coperture

In caso di sinistro, l'Iscritto è tenuto a comunicare alla Società l'eventuale esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio e deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

44 

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'iscritto con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari.

Art. 7. Estensione territoriale

La convenzione è valida per gli iscritti residenti in Italia.

L'assicurazione 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.

Art. 8. Controversie

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, in seguito alla definitiva conclusione del procedimento, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Iscritto.

Art. 9. Competenza Territoriale

Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Contraente.

Per ogni controversia tra la Società e l'Iscritto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Iscritto o dell'avente diritto.

Art. 10. Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le Norme di Legge vigenti in Italia.

AC 

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 11. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle schede riassuntive delle Forme integrative / complete di Dirigenti / Dipendenti, il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritto e rese necessarie a seguito di malattia (compresa gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico) e infortunio.

In riferimento ai soggetti già assicurati nella Convenzione alla data del 31/12/2014, ancorché intercorrente con altra Compagnia di Assicurazione, tutte le prestazioni previste dalla presente Polizza verranno erogate senza soluzione di continuità.

Art. 12. Prestazioni

Condizioni valide per tutte le Forme - integrative e complete.

Sono rimborsate le spese per:

A. Ospedaliera

12.1) Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura o in ambulatorio

- a) per gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, compresi i relativi onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura entro 60 giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;
- b) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- c) per l'assistenza medica ed infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi o rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- d) per le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente quali, ad es., noleggio tv, telefono;
- e) per gli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, acquisto dei medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto di apparecchi protesici e noleggio di apparecchi sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse spese alberghiere), effettuati entro 90 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario 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 rimborsate 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;
- f) prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- g) il trasporto dell'iscritto all'istituto di cura od in ambulatorio; tale garanzia viene prestata con un limite di € 774,69 per ciascun anno assicurativo; il suddetto limite viene raddoppiato in caso di ricovero all'estero. La presente garanzia si intende prestata in eccedenza al massimale garantito e solo in caso di ricovero comportante intervento chirurgico. In caso di utilizzo del mezzo aereo all'iscritto sarà rimborsato, entro il massimale previsto, il costo corrispondente alla tariffa 'classe turistica'.

Nel caso di Interventi Ambulatoriali non saranno applicate scoperti e franchigie.

12.2) Ricovero che non comporti intervento chirurgico

- a) per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero;
- b) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici effettuati fuori dall'istituto di cura entro 60 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che lo ha causato;
- c) esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati entro 90 giorni successivi al ricovero, purché direttamente conseguenti all'evento che lo ha causato.

12.3) Day-hospital

in caso di degenza in istituto di cura in regime di "day-hospital" sono rimborsate le spese, come previsto ai punti 14.1) e 14.2).

12.4) Parto fisiologico: sottolimito di massimale

in caso di parto senza taglio cesareo, la Società rimborsa le spese di cui al punto 14.2), con il limite massimo di € 4.000,00 per evento.

12.5) Rette di degenza dell'accompagnatore

per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 25,82 giornaliero.

12.6) Rimpatrio Salma

in caso di decesso conseguente a ricovero con o senza intervento chirurgico avvenuto all'estero, la prestazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 1.549,37.

12.7) Indennità sostitutiva

in caso di degenza a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale sono rimborsate le spese, come previsto ai punti 14.1) e 14.2).

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà altresì corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, per una durata massima di 150 giorni, per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare un'indennità di:

- o € 80,00 in caso di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico, ridotto a € 40,00 in caso di Day Hospital;
- o € 40,00 in caso di ricovero ospedaliero senza intervento chirurgico, ridotto a € 20,00 in caso di Day Hospital;

L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia e/o lo scoperto per il caso di ricovero ospedaliero. Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

12.8) Grandi Interventi - Raddoppio del massimale

In caso di GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e limitatamente alle Forme che lo prevedono, i massimali di ricovero si intendono automaticamente raddoppiati.

Tale somma va intesa come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare iscritto.

12.9) Spese di ricovero – Franchigie e Scoperti

Lo scoperto e/o la franchigia non si applicano nei casi in cui risultino convenzionate sia la struttura che l'équipe medica.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia, i ricoveri (escluso il Day-Hospital) verificatisi a distanza di non oltre 20 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e pertanto la franchigia verrà applicata una sola volta.

B. Prestazioni Extra Ospedaliere

12.10) Spese extra ospedaliere per "alta diagnostica"

Laddove previste, sono rimborsate le spese per le seguenti prestazioni sanitarie:

Angiografia, Broncografia, Chemioterapia, Clisma Opaco, Cobaltoterapia, Colecistografia, Dialisi, Doppler, Ecocardiografia, Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.), Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Elettromiografia, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Tac (con o senza mezzo di contrasto), Telecuore, Urografia.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata sino alla concorrenza delle somme indicate alle Forme che la prevedono, somme che vanno considerate quali disponibilità uniche per anno assicurativo e per nucleo familiare.

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

12.11) Spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, cure domiciliari ed ambulatoriali

Limitatamente alle Forme nelle quali tale garanzia è prestata, sono rimborsate le spese per:

- a) accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante (compresi gli onorari dei medici);
- b) noleggio di apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici (escluse le spese per i trattamenti stessi);



Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

c) visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o domiciliari, inclusi gli onorari dei medici. Le visite specialistiche sono rimborsabili qualora dalla documentazione risulti inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata sino alla concorrenza delle somme indicate alle singole Prestazioni che la prevedono, somme che vanno considerate quali disponibilità uniche per anno assicurativo e per nucleo familiare.

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

12.12) Spese per cure dentarie, protesi anatomiche, apparecchi acustici, lenti ed occhiali da vista

sono rimborsate, nei limiti delle somme - intese quali disponibilità uniche per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare iscritto - indicate nelle Forme ove tale garanzia è presente, le:

- a) cure dentarie conservative;
- b) spese per estrazioni ed otturazioni ;
- c) spese per prestazioni stomatologiche ed odontoiatriche, - incluse protesi ed ortodontiche - ;
- d) spese per l'acquisto di protesi anatomiche ed apparecchi acustici con i limiti previsti dalla Forma di appartenenza. Tale limite opera con massimale autonomo ed aggiuntivo;
- e) le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali da vista, comprese lenti a contatto con i limiti previsti dalla Forma di appartenenza. Le fatture d'acquisto devono essere accompagnate da prescrizione del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato attestante la variazione del "visus". Andrà inoltre specificato se si tratti di prescrizione per prime lenti.

Si precisa che ai fini del rimborso è necessario presentare alla Società il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. Si specifica inoltre che lenti a contatto usa e getta e occhiali sono presidi che possono essere rimborsati esclusivamente in maniera alternativa. Non potranno pertanto mai essere rimborsati occhiali e al contempo lenti a contatto usa e getta facenti riferimento al medesimo difetto da correggere, nell'ambito comunque dei massimali previsti nel medesimo anno assicurativo. Si ricorda, infine, che è necessario sempre tenere distinti gli importi per lenti a contatto, lenti a contatto usa e getta da quelli degli occhiali. Qualora ciò non sia correttamente riportato in fattura non si darà luogo ad alcun rimborso.

Art. 13. Le Forme

La copertura per ciascuna categoria sarà obbligatoria per tutti gli appartenenti al medesimo gruppo omogeneo e vincolante fino al 31/12 di ogni anno.

Nel caso di modifica in corso d'anno della composizione del nucleo familiare dell'iscritto (matrimonio, convivenza, nascita di figli) è data facoltà entro tre mesi dall'evento, di optare per la Prestazione estesa al nucleo familiare, versando la contribuzione aggiuntiva prevista.

L'Assicurazione si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati e neo coniugi, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 90 gg. dalla nascita/matrimonio. Per i neonati la garanzia si intende, inoltre, estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici, purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

Art. 14. Forma integrativa al F.A.S.I.

Tale Forma ha la funzione di integrare le prestazioni riconosciute dal F.A.S.I., nei limiti previsti dalle Convenzioni Assicurative stipulate dalla Cassa.

Art. 15. Forme riservate ai familiari non a carico o non assistiti dal F.A.S.I.

E' data facoltà agli iscritti alla Cassa di includere in garanzia, purché conviventi e risultanti dallo stato di famiglia, i familiari non a carico o non assistiti dal F.A.S.I., ivi compresi i figli aventi età superiore ai 26 anni.

La Forma di appartenenza NAC varrà per tutti i "familiari non a carico". Le somme assicurate ed il contributo sono individuali.

L'elenco di tutti i familiari aventi diritto a tale estensione dovrà pervenire al Fondo entro il 31 gennaio di ogni anno.

Art. 16. Operatività valide per tutte le Forme

La copertura assicurativa di tutte le opzioni opera con le seguenti modalità:

- se il ricovero o il day-hospital avviene in struttura convenzionata ed è convenzionata anche l'equipe medica, il rimborso avviene senza applicazione di scoperti e/o franchigie a carico dell'assistito. In relazione alle spese pre-post ricovero, il rimborso sarà integrale se sostenute presso strutture o medici convenzionati, in caso contrario saranno applicati gli scoperti e/o franchigie della singola Forma di appartenenza;

- se il ricovero o il day hospital avviene in struttura convenzionata, ma non è convenzionata anche l'equipe medica, la Società provvederà a liquidare direttamente la struttura sanitaria, restando a carico dell'assistito lo

AC 10/

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

scoperto e/o franchigia previsto dalla Forma di appartenenza, mentre le spese per l'equipe medica saranno anticipate dall'assistito e rimborsate dalla Società con applicazione dello scoperto e/o franchigia previsto. Le spese pre-post ricovero saranno rimborsate con applicazione dello scoperto e/o franchigia previsto;

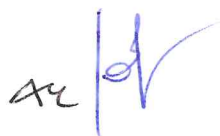
- nel caso in cui né la struttura sanitaria, né l'equipe medica risultino convenzionati, l'assistito anticiperà l'importo delle spese, che la Società provvederà a rimborsare con l'applicazione degli scoperti e/o franchigie previsti. Le spese pre-post ricovero saranno rimborsate con applicazione dello scoperto e/o franchigia previsto.

Per le sole Forme integrative, qualora F.A.S.I ed equivalenti 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 Convenzione Assicurativa stipulata dalla Cassa, verrà dato corso al rimborso delle sole spese eccedenti quanto previsto nei Regolamenti medesimi. Resteranno pertanto a carico dell'iscritto gli importi previsti dai Tariffari adottati dai suddetti Fondi. Nel caso in cui le spese sostenute, pur non rientrando tra quelle previste dai Regolamenti dei Fondi suddetti, risultassero invece indennizzabili a termini delle Convenzioni Assicurative stipulate dalla Cassa, verrà dato corso al loro rimborso alle condizioni previste dalle Forme e con le modalità sopra descritte.

Art. 17. Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo che non si tratti di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
2. infortuni sofferti in caso di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
3. 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;
4. chirurgia bariatrica ad eccezione dei casi di obesità di 3° grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica.
5. prestazioni aventi finalità estetiche, cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di inclusione in garanzia di ciascun iscritto, fatta eccezione per:
 - i ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici stomatologici e di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun iscritto fatto salvo quanto previsto all'ultimo capoverso dell'Art. 11 Oggetto dell'Assicurazione;
 - i ricoveri ospedalieri per ricostruzioni chirurgiche a seguito di interventi asportativi (direttamente riconducibili alla patologia) verificatisi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun iscritto fatto salvo quanto previsto all'ultimo capoverso dell'Art. 11 Oggetto dell'Assicurazione;
 - i difetti fisici, la cui correzione, anche estetica, non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che diano conseguenze o complicanze anche patologiche per l'Iscritto. Tale estensione è valida esclusivamente per i neonati iscritti dalla nascita.
6. Trattamenti di medicina alternativa o complementare salvo quanto diversamente indicato. E' comunque ricompresa l'agopuntura effettuata da medico;
7. Ricovero in lungodegenza;
8. malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e depressive, nonché quelle riferibili ad 'esaurimento nervoso', psicoterapia e psicoanalisi;
9. Fecondazione artificiale;
10. interruzione volontaria della gravidanza;
11. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) salvo quanto eventualmente indicato;
12. 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 all'Art. 12 Prestazioni;
13. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
14. 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;
15. Ricoveri impropri;
16. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze, limitatamente ai soli Titolari di Aziende, Amministratori e Collaboratori di carichi Direttivi, fatto salvo quanto previsto all'ultimo paragrafo dell'Art. 11 Oggetto dell'Assicurazione.



Art. 18. Persone non assicurabili

18.1) Le prestazioni sono valide per le persone di età non superiore a 75 anni

In casi particolari, dietro specifica richiesta da parte del Fondo, la Società comunicherà condizioni e costi per l'eventuale rinnovo di iscrizione per gli assistiti che abbiano superato il predetto limite di età.

18.2) Le prestazioni sono valide per le persone non affette da alcoolismo e/o tossicomania.

La prestazioni cesseranno automaticamente con il manifestarsi di una di dette malattie.

Art. 19. Periodi di carenza contrattuali

L'Assicurazione è riconosciuta senza termini di aspettativa ad eccezione dei seguenti casi:

a) dipendenti in servizio e loro familiari, per i quali non sia stata richiesta l'iscrizione alla Cassa contestualmente alla adesione dell'Azienda dove prestano la loro opera;

b) dipendenti e loro familiari, neo promossi o neo assunti, per i quali non sia stata richiesta l'iscrizione alla Cassa entro un mese dalla nomina o dalla assunzione.

Nei casi sopra esposti vengono applicate le seguenti carenze:

1. le cure mediche, domiciliari o ambulatoriali, non conseguenti ad infortunio, non sono coperte durante i primi 30 giorni dalla data di iscrizione;

2. i ricoveri ospedalieri, non conseguenti ad infortunio, non sono coperti durante i primi 60 giorni dalla data di iscrizione;

3. le prestazioni connesse alla gravidanza ed al parto, non sono coperte durante i primi 300 giorni dalla data di iscrizione.

Art. 20. Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Iscritto 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.

Qualora l'Iscritto 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'Iscritto.

L'Iscritto, 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'Iscritto stesso.

Art. 21. Pagamento indiretto – Rimborso all'Iscritto

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;

- referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio;

Per il rimborso delle spese extraospedaliere, lo stato della malattia dovrà essere evidenziato come segue:

- In caso di visita medica sarà sufficiente che lo specialista indichi in fattura il sospetto diagnostico, diversamente lo specialista potrà allegare idoneo referto;

- per tutte le altre prestazioni rientranti nelle spese extraospedaliere per alta diagnostica, spese per accertamenti diagnostici, cure domiciliari ed ambulatoriali, oltre la prescrizione del medico curante, dovrà essere trasmessa idonea certificazione medica attestante il sospetto diagnostico o la diagnosi accertata (referto).

- Quando vengono prescritti accertamenti tipici del check-up clinico radiologico strumentale anche se la dizione check-up non figura sulla prescrizione medica, è necessaria anche la diagnosi della malattia riscontrata.

Si precisa che il check-up fine a se stesso non è rimborsabile.

Termine di Decadenza delle richieste di rimborso



Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Le richieste di rimborso delle fatture emesse nel corso dell'anno e per i ricoveri, le cui dimissioni avvengano nel corso dell'anno, sia per le forme complete che per quelle integrative, saranno liquidati a condizione che pervengano alla Cassa entro il mese di giugno dell'anno successivo. A tale proposito si precisa che tutte le spese successive al ricovero che abbia avuto inizio entro il 31.12, si intendono riferite per competenza a tale anno, seppur emesse nell'anno successivo. In tale eventualità, però, i documenti di spesa dovranno essere corredati da attestazione medica indicante esplicitamente che le cure si sono rese necessarie in relazione all'intervento o al ricovero precedente (e comunque emesse non oltre i giorni previsti nel post ricovero nella Forma di appartenenza).

A fronte di una richiesta, da parte del Fondo, di integrazione della documentazione inerente la pratica di rimborso, sempreché la stessa sia inviata entro i termini suindicati, l'integrazione deve essere trasmessa dall'iscritto al Fondo entro 60 giorni dalla richiesta.

Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di cui ai precedenti commi, l'iscritto perde il diritto al rimborso.

La documentazione deve essere intestata all'iscritto e il rimborso avviene in favore dell'iscritto entro un termine medio di 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture debitamente quietanzate e conformi alle norme fiscali (es.: marca da bollo su fatture e/o notule superiori ad € 77,47).

Le prestazioni suddette 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.

Art. 22. Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'iscritto si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

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

Restano a carico dell'iscritto le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in convenzione, nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia, le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili online.

AC 

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO

Gozzo retrosternale con mediastinotomia
Resezione dell'esofago cervicale
Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

ADDOME (parete addominale)

Laparotomia esplorativa per occlusione con resezione
Laparotomia con sutura viscerale

PERITONEO

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

ESOFAGO

Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
Interventi con esofagoplastica

STOMACO - DUODENO

Resezione gastrica
Gastrectomia totale
Gastrectomia se allargata
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche
Mega-esofago ed esofagite da reflusso
Cardioplastica

INTESTINO

Colectomie parziali
Colectomia totale

RETTO E ANO

Interventi per neoplasie del retto-ano se per via addominoperineale
Operazione per megacolon
Proctocolectomia totale

FEGATO

Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi
Resezioni epatiche
Derivazioni biliodigestive
Interventi sulla papilla di Vater
Reinterventi sulle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS

Interventi per pancreatite acuta
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Interventi per pancreatite cronica
Interventi per neoplasie pancreatiche

INTERVENTI SUL MEDIASTINO

Interventi per tumori

INTERVENTI SUL POLMONE

Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococco
Resezioni segm. e lobectomia
Pneumectomia
Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

Correzione difetto del setto interatriale
Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
Mitratica
Valvolare aortica
Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
Sostituzione valvola singola: aortica-mitratica-tricuspidale
Anuloplastica valvola singola
By-pass aorto-coronarico singolo
Embolectomia della polmonare
Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
Correzione impianto anomalo coronarie
Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
Correzione canale atrioventricolare completo
Finestra aorto-polmonare
Correzione di ventricolo unico
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 tricuspidale
Correzione di pervietà interventricolare ipertesa
Correzione di pervietà interventricolare con "debanding"
Correzione di pervietà interventricolare con insufficienza aortica
Sostituzioni valvolari multiple
By-pass aortocoronarici multipli
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
Aneurismi aorta toracica
Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
Asportazione di tumori intercardiaci
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
Pericardiectomia totale e parziale

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 via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (Aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
Psicochirurgia
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-intracranici con interposizione di innesto
Anastomosi dei vasi extra-intracranici
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Ac 

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)

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 per ernia del disco dorsale per via posteriore

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

Asportazione di ernia del disco lombare

Spondilolistesi

Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningo-midollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)

Cordotomia e mielotomia percutanea

NERVI PERIFERICI

Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA VASCOLARE

Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale

Operazioni sui vasi arteriosi del collo

CHIRURGIA PEDIATRICA

Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)

Atresia congenita dell'esofago

Fistola congenita dell'esofago

Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino

Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi

Ileo meconiale: resezione secondo Mickulicz

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

Mega uretere: resezione con reimpianto

Mega uretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

Mega colon: resezione anteriore

Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

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

Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari

Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omero - scapulo - clavicola) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto

Resezioni artrodiapfisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"

Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-proradio

Emipelvectomia

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Resezioni del femore prossimale artrodiapfisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)

Resezioni artrodiapfisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale)

Resezioni artrodiapfisarie del ginocchio: sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"

Ricostruzione dei legamenti articolati

Artroprotesi di anca

Protesi totale di displasia di anca

Intervento di rimozione di protesi di anca

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi di anca

44 

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Artroprotesi 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
Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Osteosintesi vertebrale
Pulizia focolai osteici
Artrodesi per via anteriore
Interventi per via posteriore: senza impianti
Interventi per via posteriore: con impianti
Interventi per via anteriore: senza impianti
Interventi per via anteriore: con impianti

UROLOGIA

ESWL (litotrixxia extracorporea con onde d'urto)
Nefrectomia allargata per tumore
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
Resezione renale con clampaggio vascolare
Nefroureterectomia totale
Surrenalectomia
Ileo bladder
Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
Vulvectomy allargata con linfoadenectomia
Intervento radicale per carcinoma ovarico

OCULISTICA

Odontocheratoprotesi

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici-timpano-giugulari

TRAPIANTI

Tutti esclusi i trapianti di cornea

44 

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I.

Fermo il testo del Regolamento, si riassumono gli aspetti salienti della copertura assicurativa.

PRESTAZIONI	LIMITAZIONI DI COPERTURA
RICOVERO	(1) Massimale €103.291,38
Indennità sostitutiva giornaliera da ricovero	(2) Massimale con intervento €80,00 – Massimale senza intervento € 40,00 – Massimo 150 giorni
Day Hospital	(3)
Indennità sostitutiva Day Hospital	(4) Massimale con intervento € 40,00
Intervento chirurgico ambulatoriale	(5)
Cure mediche/accertamenti diagnostici	60 giorni pre-ricovero – 90 giorni post-ricovero
Assistenza medica ed infermieristica	60 giorni pre-ricovero – 90 giorni post-ricovero
Onorari medici e paramedici	(7)
Diritti di sala operatori	(8)
Accompagnatore infermo	(9) Massimale giornaliero € 25,82
Rette di degenza	
Parto Cesareo	
Parto Naturale	(10) Massimale € 4.000,00
Acquisto noleggio apparecchi protesici e sanit.	(11) 90 giorni post-ricovero
Cure termali seguito intervento	(12) 90 giorni post-ricovero
Acquisto medicinali	90 giorni post-ricovero
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	(13) 90 giorni post-ricovero
Trasporto assicurato (ricovero con intervento)	(14) Massimale Italia € 774,69 – Massimale estero € 1.549,37
Prelievo e trapianto organi	(15)
Rimpatrio della salma	(16) Massimale estero € 1.549,37
Anticipi su spese di ricovero	(17)
Convenzionamento Diretto Integrativo	(18)
Alta diagnostica	Massimale € 5.164,57
Angiografia	
Broncografia	
Chemioterapia	
Clisma Opaco	
Cobaltoterapia	
Colecistografia	
Dialisi	
Doppler	
Ecocardiografia	
Ecocolordoppler	
Elettrocardiografia	
Elettroencefalografia	
Elettromiografia	
Risonanza Magnetica Nucleare	
Scintigrafia	
Tac	
Telecuore	
Urografia	
Specialist. Domicil. Ambulator.	Massimale € 2.582,28
Visite e Prestazioni specialistiche	(19)
Accertamenti Diagnostici	(20)
Noleggio Apparecchiature Sanitarie	(21)
Dentarie	(22) Massimale € 2.582,28
Spese per cure dentarie ed ortodontiche	(23)
Spese per estrazioni ed otturazioni	(24)
Spese per prest. Stomatologiche e	(25)

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

odontoiatriche	
Lenti ed occhiali da vista	(26) Massimale € 774,69 – Scoperto 20,00% - Franchigia € 51,65
Visita odontoiatrica di controllo	(27)
Ablazione tartaro	(28)
Protesi Anatomiche / apparecchi acustici	(29) Massimale €1.032,91 – Franchigia € 51,65
Pacchetto Assistenza	
Consulenza medica	
Guardia medica permanente	.
Second Opinion	
Tutoring	
Trasporto medico d'urgenza	(30) Massimale € 500,00 – In network no scoperto – Fuori network scoperto 50% - minimo € 150,00

NOTE

N°	Descrizione
1	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
2	In caso di ricovero totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un indennizzo a titolo di indennità giornaliera
3	Degenza in esclusivo regime diurno
4	In caso di ricovero in regime di day hospital totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un risarcimento a titolo di indennità giornaliera
5	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. L'eventuale massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero
6	Si intende prestata da personale abilitato
7	Onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestetista e ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico
8	Comprendenti anche i materiali di intervento, nonché apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico
9	Vitto e pernottamento in Istituto di Cura
10	Il massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero
11	Solo a seguito di intervento (sono incluse le carrozzelle ortopediche)
12	Rese necessarie dall'intervento stesso. Sono escluse le relative spese alberghiere
13	In caso di ricovero con intervento chirurgico sono rimborsabili anche durante la degenza in istituto di cura
14	Il trasporto all'Istituto di Cura o in Ambulatorio solo in caso di ricovero comportante intervento chirurgico. In caso di utilizzo del mezzo aereo sarà rimborsato entro il massimale previsto il costo corrispondente alla tariffa classe turistica. La garanzia si intende prestata in eccedenza al massimale garantito.
15	Intervento chirurgico effettuato a seguito di prelievo organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali e rette di degenza
16	In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero è compreso il rimborso delle spese per il rimpatrio della salma
17	Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, viene corrisposto – su richiesta dell'assicurato – l'importo versato a tale titolo entro l'80% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate
18	Il Convenzionamento Diretto è operante purché ci si rivolga a strutture convenzionate sia con il FASI che con la Cassa
19	Sono intese sia ambulatorialmente che a domicilio; sono inclusi gli onorari dei medici. Le visite specialistiche sono rimborsabili solo se dalla documentazione risulti il titolo accademico di specializzazione del medico che ha effettuato la visita.
20	Accertamenti prescritti dal medico curante (compresi gli onorari dei medici)
21	Noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici (sono escluse le spese per i trattamenti stessi)
22	Per la descrizione di ogni Garanzia consultare il Regolamento
23	Le spese sono riepilogate nel "Tariffario delle Prestazioni Dentarie", che fa parte integrante del Regolamento
24	Le spese sono riepilogate nel "Tariffario delle Prestazioni Dentarie", che fa parte integrante del Regolamento
25	Si intendono incluse le protesi ed ortodontiche. Le spese sono riepilogate nel "Tariffario delle Prestazioni Dentarie", che fa parte integrante del Regolamento

AC



Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

26	Comprese le lenti a contatto. Le fatture di acquisto devono essere accompagnate da prescrizione medica attestante la variazione del visus
27	Prestazione erogata, per anno e per persona, senza oneri da parte dell'assicurato unicamente presso i dentisti convenzionati
28	Prestazione erogata, per anno e per persona, senza oneri da parte dell'assicurato unicamente presso i dentisti convenzionati
29	Il massimale deve intendersi autonomo ed aggiuntivo al massimale previsto per le Spese Dentarie
30	Le spese di trasferimento d'urgenza con ambulanza e/o eliambulanza, con treno e/o aereo in Istituto di cura, da Istituto di cura ad un altro nonché per il ritorno , in Italia e dall'Estero

FORMA "F" COMPLETA

Fermo il testo del Regolamento, si riassumono gli aspetti salienti della copertura assicurativa.

PRESTAZIONI	LIMITAZIONI DI COPERTURA
RICOVERO	(1) Massimale €51.645,69 – In network no scoperto – Fuori network scoperto 20%
Grandi Interventi	(2) Massimale € 103.291,38 - In network no scoperto – Fuori network scoperto 20%
Indennità sostitutiva giornaliera da ricovero	(3) Massimale con intervento €80,00 – Massimale senza intervento € 40,00 – Massimo 150 giorni
Day Hospital	(4) In network no scoperto – Fuori network scoperto 20%
Indennità sostitutiva Day Hospital	(5) Massimale con intervento € 40,00 – Massimale senza intervento € 20,00
Intervento chirurgico ambulatoriale	(6)
Cure mediche/accertamenti diagnostici	60 giorni pre-ricovero – 90 giorni post-ricovero
Assistenza medica ed infermieristica	(7)
Onorari medici e paramedici	(8)
Diritti di sala operatori	(9)
Accompagnatore infermo	(10) Massimale giornaliero € 25,82
Rette di degenza	
Parto Cesareo	
Parto Naturale	(11) Massimale € 4.000,00
Acquisto noleggio apparecchi protesici e sanit.	(12) 90 giorni post-ricovero
Cure termali seguito intervento	(13) 90 giorni post-ricovero
Acquisto medicinali	90 giorni post-ricovero
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	(14) 90 giorni post-ricovero
Trasporto assicurato (ricovero con intervento)	(15) Massimale Italia € 774,69 – Massimale estero € 1.549,37
Prelievo e trapianto organi	(16)
Rimpatrio della salma	(17) Massimale estero € 1.549,37
Anticipi su spese di ricovero	(18)
Convenzionamento Diretto Integrativo	(19)
Assist. Inferm. Domiciliare Post - Intervento	(20) 90 giorni post- ricovero
Alta diagnostica	Massimale € 2.582,28 – Scoperto 20% - Scoperto minimo € 51,65
Angiografia	
Broncografia	
Chemioterapia	
Clisma Opaco	
Cobaltoterapia	
Colecistografia	
Dialisi	
Doppler	
Ecocardiografia	
Ecocolordoppler	
Elettrocardiografia	
Elettroencefalografia	
Elettromiografia	
Risonanza Magnetica Nucleare	
Scintigrafia	
Tac	
Telecuore	
Urografia	
Dentarie	(21) Massimale per nucleo € 1.000,00
Visite ed Igiene	In network no scoperto
Conservativa	In network scoperto 50% - Fuori network scoperto 60%

42 

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Radiologia odontoiatrica	In network scoperto 50% - Fuori network scoperto 60%
Chirurgia	(In network scoperto 50% - Fuori network scoperto 60%)
Parodontologia	In network scoperto 80% - Fuori network scoperto 80%
Endodonzia	In network scoperto 80% - Fuori network scoperto 80%
Protesi	In network scoperto 80% - Fuori network scoperto 80%
Ortognatodonzia	Accesso al Tariffario
Implantologia	Accesso al Tariffario
Pacchetto Assistenza	
Consulenza medica	
Guardia medica permanente	
Second Opinion	
Tutoring	
Trasporto medico d'urgenza	(22) Massimale € 500,00 – In network no scoperto – Fuori network scoperto 50% - minimo € 150,00

NOTE

N°	Descrizione
1	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
2	Vedere elenco Grandi Interventi all'Allegato al regolamento
3	In caso di ricovero totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un risarcimento a titolo di indennità giornaliera
4	Degenza in esclusivo regime diurno
5	In caso di ricovero in regime di day hospital totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un risarcimento a titolo di indennità giornaliera
6	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. L'eventuale massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero
7	Si intende prestata da personale abilitato
8	Onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestetista e ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico
9	Comprendenti anche i materiali di intervento, nonché apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico
10	Vitto e pernottamento in Istituto di Cura
11	Il massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero
12	Solo a seguito di intervento (sono incluse le carrozzelle ortopediche)
13	Rese necessarie dall'intervento stesso. Sono escluse le relative spese alberghiere
14	In caso di ricovero con intervento chirurgico sono rimborsabili anche durante la degenza in istituto di cura
15	Il trasporto all'Istituto di Cura o in Ambulatorio solo in caso di ricovero comportante intervento chirurgico. In caso di utilizzo del mezzo aereo sarà rimborsato entro il massimale previsto il costo corrispondente alla tariffa classe turistica. La garanzia si intende prestata in eccedenza al massimale garantito.
16	Intervento chirurgico effettuato a seguito di prelievo organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali e rette di degenza
17	In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero è compreso il rimborso delle spese per il rimpatrio della salma
18	In caso di ricovero per malattia o infortunio presso un Istituto di cura convenzionato con la Società è previsto il pagamento diretto delle spese di cura sostenute durante il ricovero
19	Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, viene corrisposto – su richiesta dell'assicurato- l'importo versato a tale titolo entro l'80% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate
20	Si intende prestata da personale abilitato
21	Per la descrizione di ogni Garanzia consultare il Regolamento
22	Le spese di trasferimento d'urgenza con ambulanza e/o eliambulanza, con treno e/o aereo in Istituto di cura, da Istituto di cura ad un altro nonché per il ritorno, in Italia e dall'Estero

Ac 

FORMA "F3" COMPLETA (Riservata al solo iscritto)

Fermo il testo del Regolamento, si riassumono gli aspetti salienti della copertura assicurativa.

PRESTAZIONI	LIMITAZIONI DI COPERTURA
RICOVERO	(1) Massimale €51.645,69 – In network no scoperto – Fuori network scoperto 20%
Grandi Interventi	(2) Massimale € 103.291,38 - In network no scoperto – Fuori network scoperto 20%
Indennità sostitutiva giornaliera da ricovero	(3) Massimale con intervento €80,00 – Massimale senza intervento € 40,00 – Massimo 150 giorni
Day Hospital	(4) In network no scoperto – Fuori network scoperto 20%
Indennità sostitutiva Day Hospital	(5) Massimale con intervento € 40,00 – Massimale senza intervento € 20,00
Intervento chirurgico ambulatoriale	(6)
Cure mediche/accertamenti diagnostici	60 giorni pre-ricovero – 90 giorni post-ricovero
Assistenza medica ed infermieristica	(7)
Onorari medici e paramedici	(8)
Diritti di sala operatori	(9)
Accompagnatore infermo	(10) Massimale giornaliero € 25,82
Rette di degenza	
Parto Cesareo	
Parto Naturale	(11) Massimale € 4.000,00
Acquisto noleggio apparecchi protesici e sanit.	(12) 90 giorni post-ricovero
Cure termali seguito intervento	(13) 90 giorni post-ricovero
Acquisto medicinali	90 giorni post-ricovero
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	(14) 90 giorni post-ricovero
Trasporto assicurato (ricovero con intervento)	(15) Massimale Italia € 774,69 – Massimale estero € 1.549,37
Prelievo e trapianto organi	(16)
Rimpatrio della salma	(17) Massimale estero € 1.549,37
Anticipi su spese di ricovero	(18)
Convenzionamento Diretto Integrativo	(19)
Assist. Inferm. Domiciliare Post - Intervento	(20) 90 giorni post- ricovero
Alta diagnostica	Massimale € 2.582,28 – Scoperto 20% - Scoperto minimo € 51,65
Angiografia	
Broncografia	
Chemioterapia	
Clisma Opaco	
Cobaltoterapia	
Colecistografia	
Dialisi	
Doppler	
Ecocardiografia	
Ecocolordoppler	
Elettrocardiografia	
Elettroencefalografia	
Elettromiografia	
Risonanza Magnetica Nucleare	
Scintigrafia	
Tac	
Telecuore	
Urografia	
Dentarie	(21) Massimale per nucleo € 1.000,00
Visite ed Igiene	In network no scoperto

AC

Procedura aperta in ambito europeo per l'affidamento di servizi assicurativi
 Lotto 8 – Capitolato Tecnico Copertura Sanitaria Integrativa

Conservativa	In network scoperto 50% - Fuori network scoperto 60%
Radiologia odontoiatrica	In network scoperto 50% - Fuori network scoperto 60%
Chirurgia	(In network scoperto 50% - Fuori network scoperto 60%)
Parodontologia	In network scoperto 80% - Fuori network scoperto 80%
Endodonzia	In network scoperto 80% - Fuori network scoperto 80%
Protesi	In network scoperto 80% - Fuori network scoperto 80%
Ortognatodonzia	Accesso al Tariffario
Impiantologia	Accesso al Tariffario
Pacchetto Assistenza	
Consulenza medica	
Guardia medica permanente	
Second Opinion	
Tutoring	
Trasporto medico d'urgenza	(22) Massimale € 500,00 – In network no scoperto – Fuori network scoperto 50% - minimo € 150,00

NOTE

N°	Descrizione
1	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
2	Vedere elenco Grandi Interventi all'Allegato al regolamento
3	In caso di ricovero totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un risarcimento a titolo di indennità giornaliera
4	Degenza in esclusivo regime diurno
5	In caso di ricovero in regime di day hospital totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un risarcimento a titolo di indennità giornaliera
6	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. L'eventuale massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero
7	Si intende prestata da personale abilitato
8	Onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestetista e ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico
9	Comprendenti anche i materiali di intervento, nonché apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico
10	Vitto e pernottamento in Istituto di Cura
11	Il massimale indicato deve intendersi come sottolimito del massimale di ricovero
12	Solo a seguito di intervento (sono incluse le carrozzelle ortopediche)
13	Rese necessarie dall'intervento stesso. Sono escluse le relative spese alberghiere
14	In caso di ricovero con intervento chirurgico sono rimborsabili anche durante la degenza in istituto di cura
15	Il trasporto all'Istituto di Cura o in Ambulatorio solo in caso di ricovero comportante intervento chirurgico. In caso di utilizzo del mezzo aereo sarà rimborsato entro il massimale previsto il costo corrispondente alla tariffa classe turistica. La garanzia si intende prestata in eccedenza al massimale garantito.
16	Intervento chirurgico effettuato a seguito di prelievo organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza
17	In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero è compreso il rimborso delle spese per il rimpatrio della salma
18	In caso di ricovero per malattia o infortunio presso un Istituto di cura convenzionato con la Società è previsto il pagamento diretto delle spese di cura sostenute durante il ricovero
19	Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, viene corrisposto – su richiesta dell'assicurato- l'importo versato a tale titolo entro l'80% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate
20	Si intende prestata da personale abilitato
21	Per la descrizione di ogni Garanzia consultare il Regolamento
22	Le spese di trasferimento d'urgenza con ambulanza e/o eliambulanza, con treno e/o aereo in Istituto di cura, da Istituto di cura ad un altro nonché per il ritorno, in Italia e dall'Estero

24

Etichette di riga	Numero Sinistri	Importo Documenti	Importo Non Liquidabile	Importo Fasi	Franchigia Scoperto	Liquidabile	Importo Liquidato
D_2012	112	43.234,04 €	523,12 €	16.639,75 €	103,65 €	24.568,05 €	13.513,20 €
D_2012_PEN	20	3.010,95 €	,00 €	1.787,10 €	51,65 €	1.172,20 €	1.173,20 €
F_2012	505	223.773,76 €	1.609,76 €	2,00 €	26.203,09 €	195.892,21 €	191.407,72 €
F_2012_PEN	4	1.900,00 €	250,00 €	,00 €	1.120,00 €	530,00 €	410,00 €
F3_2012	92	33.425,16 €	55,00 €	,00 €	2.149,92 €	31.172,09 €	34.060,63 €
F3MR_2012	29	12.535,92 €	,00 €	,00 €	3.184,03 €	9.387,53 €	9.437,53 €
FMR_2012	189	42.799,80 €	367,34 €	,00 €	3.921,77 €	38.310,54 €	33.032,50 €
Totale complessivo	951	360.679,63 €	2.805,22 €	18.428,85 €	36.734,11 €	301.032,62 €	283.034,78 €

