



BiMutua
SOCIETÀ di MUTUO SOCCORSO

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Oggetto della Copertura Sanitaria

La Cassa provvede, fino a concorrenza dei massimali e/o somme garantite e nei limiti indicati dal proprio piano sanitario di riferimento, al pagamento delle seguenti spese sostenute dall'Assistito e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio avvenuto durante l'operatività della copertura sanitaria.

Si precisa che le prestazioni elencate ai punti successivi si intendono previste se espressamente richiamate nelle Schede riassuntive (opzioni).

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) OSPEDALIERE

A.1) Ricovero per Grande Intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura

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;

Si precisa che esclusivamente per i titolari Quadri iscritti al QUAS (opzione n° 9) si intendono comprese anche le spese per medicinali e trattamenti fisioterapici.

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/i;
- le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute 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, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: infermieristiche, 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.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi dovranno essere prescritti da medico ed eseguiti da medico o professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia e fatturate da Medico o Centro Medico.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di convenzionamento diretto. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dal Tariffario PMED ed 2010.

Ricoveri per trattamenti fisioterapici (ove previsti)

I ricoveri per trattamenti fisioterapici a seguito di un grande intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno fino ad un massimo di 30 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.

A.2) 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;

Si precisa che esclusivamente per i titolari Quadri iscritti al QUAS (opzione n° 9) si intendono comprese anche le spese per medicinali e trattamenti fisioterapici

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/i;
- le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute 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, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: infermieristiche, 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.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi dovranno essere prescritti da medico ed eseguiti da medico o professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia e fatturate da Medico o Centro Medico.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di convenzionamento diretto. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dal Tariffario PMED ed 2010.

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.

Chirurgia Refrattiva

Sono rimborsate le spese limitatamente agli interventi effettuati:

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

A.3) Degenza in regime di Day Hospital

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto A.2 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e dopo il ricovero".

A.4) Parto Naturale, Parto Cesareo ed Aborto

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto A.2 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati nella convenzione. Si intendono incluse in tale limite le spese per prestazioni eseguite sul neonato dal Neonatologo. Con riferimento al Parto Cesareo, le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, ecc.) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo stesso.

A.5) 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).

A.6) 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.

A.7) Rimpatrio della salma

il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante il ricovero.

A.8) Indennità sostitutiva (ad esclusione del parto)

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Cassa corrisponde l'indennità sostitutiva indicata in convenzione 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.

In caso di parto, la Cassa corrisponde l'indennità sostitutiva nell'ambito della garanzia H.2 "Indennità per parto", ad esclusione delle opzioni 1 e 2 per le quali l'indennità suddetta è corrisposta nell'ambito della presente garanzia.

In caso di Day Hospital/pernottamento in pronto soccorso la diaria suddetta è esclusa.

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

La Cassa rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto A.2 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

Si precisa che le prestazioni pre/post verranno rimborsate applicando eventuali scoperti/franchigie previste in convenzione diretta o non in convenzione diretta, della garanzia "A-Ospedaliere"

A.9) Indennità sostitutiva Grandi interventi chirurgici

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Cassa corrisponde l'indennità sostitutiva indicata in convenzione 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.

In caso di pernottamento in pronto soccorso la diaria suddetta è esclusa.

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

La Cassa rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto A.2 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

Si precisa che le prestazioni pre/post verranno rimborsate applicando eventuali scoperti/franchigie previste in convenzione diretta o non in convenzione diretta, della garanzia "A-Ospedaliere"

Per i ricoveri e/o Day hospital durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio (c.d. "ricoveri impropri"), le relative spese verranno rimborsate nell'ambito delle garanzie "Prestazioni Diagnostiche" e/o "Cure Domiciliari/Ambulatoriali".

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

- Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in convenzione, ove previsti;
 - gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

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

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono esclusi sia dalla garanzia Day hospital che ambulatoriale.

B) Immunonutrizione

Nell'ambito della garanzia A "Ospedaliera", si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

Si garantisce il servizio di reperimento a proprio carico o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

La presente garanzia è erogata senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

C) Monitoraggio domiciliare del paziente

La presente garanzia prevede la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito a seguito di un ricovero ospedaliero o durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche.

La garanzia prevede le seguenti prestazioni:

- Consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- Training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- Licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- Servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- Sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- Servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center, rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- Ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

Programma 1 - solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- Pressione Arteriosa/Cuore
- Ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- Peso corporeo

Durata:

- 90 giorni

Programma 2 - solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- Pressione Arteriosa/Cuore
- Ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- Peso corporeo
- Cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- Temperatura corporea (ingresso manualmente)
- Controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Durata:

- Pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

D) ALTA SPECIALIZZAZIONE

D.1) Alta Diagnostica radiologica (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia

- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Telecuore
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Si precisa che esclusivamente per i titolari Quadri iscritti al QUAS (opzione n° 9) si intendono compresi anche accertamenti endoscopici, anche se comprendenti Biopsia e Diagnostica radiologica, Doppler ed ecografia, mentre si intendono esclusi l'Amniocentesi e il Prelievo dei villi coriali.

Limitatamente ai familiari dei Quadri si intende esclusa la Densitometria ossea computerizzata (MOC).

Si precisa inoltre che relativamente alle coperture integrative Dirigenti (opzioni n° 10, 11 e 12) si intendono esclusi l'Amniocentesi e il Prelievo dei villi coriali e Densitometria ossea computerizzata (MOC)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia
- Radioterapia

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

D.2) Cure oncologiche

Sono rimborsabili le spese relative a chemioterapia e terapie radianti. Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

Si precisa che per le prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.) sarà necessario presentare copia del tesserino "esenzione 048".

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

E) Cure oncologiche

Sono rimborsabili le spese relative a:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero;

purché prescritte da medico oncologo. Si precisa che per le prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.) sarà necessario presentare copia del tesserino "esenzione 048".

Le prestazioni sopra elencate sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare, in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

In caso di esaurimento del massimale della presente garanzia, le relative spese verranno rimborsate nell'ambito della garanzia D "Alta specializzazione" (se prevista dall'opzione prescelta).

F) Cure domiciliari e ambulatoriali

F.1) Visite specialistiche

Sono rimborsabili le visite specialistiche escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche.

Le visite specialistiche pediatriche sono rimborsabili esclusivamente in rete in forma diretta, salvo i casi di visite ad integrazione delle prestazioni del Fondo o non riconosciute dal Fondo stesso, limitatamente alle opzioni in forma integrativa.

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

F.2) Accertamenti diagnostici

Sono rimborsabili gli accertamenti diagnostici, escluso quanto previsto al precedente punto D.

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

F.3) Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di malattia o infortunio, sempreché prescritte da medico ed eseguite da medico o professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia e fatturate da Medico o Centro Medico.

A parziale deroga di quanto sopra, le prestazioni riabilitative potranno essere effettuate e fatturate anche dai professionisti stessi, ma solo in regime di convenzionamento diretto. In caso di professionisti non convenzionati il rimborso avverrà alle condizioni previste dall'opzione prescelta e comunque non oltre le tariffe previste dal Tariffario PMED ed 2010.

E'prevista l'agopuntura a fini antalgici purché eseguita da medico.

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

F.4) Altre prestazioni (valide esclusivamente per le coperture Integrative Dirigenti)

Relativamente alle coperture integrative Dirigenti (opzioni n° 10, 11 e 12) si intendono compresi in copertura:

- il noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- le cure termali (escluse le spese alberghiere);
- le spese per visite, accertamenti diagnostici e medicinali effettuate in gravidanza;
- l'acquisto di medicinali, anche omeopatici, prodotti galenici e da banco prescritti da medico curante. Ai fini del rimborso l'Assistito dovrà presentare la ricetta medica (non per i prodotti da banco) e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata Codice Fiscale corrispondente e 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.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, pillole contro l'obesità, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi.

- Assistenza infermieristica domiciliare nei limiti indicati nelle Schede Riassuntive.

G) Visite psicologiche/psichiatriche

Sono rimborsabili le spese sostenute per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per le seguenti prestazioni:

Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia adolescenziale

Visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia H "Pacchetto Maternità".

H) Pacchetto maternità

Sono rimborsabili le spese sostenute per

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.

Inoltre, sono anche comprese le spese sostenute per:

- test genetici prenatali (e.g. harmony test, prenatal safe) su DNA fetale
- amniocentesi o villocentesi;

alle seguenti condizioni:

- a) per le donne di età uguale o maggiore di 35 anni, tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione;
- b) per le donne di età inferiore a 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette.

H.1) Visite di controllo ostetrico-ginecologiche

Sono rimborsabili le spese per visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia; controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore (massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio).

H.2) Indennità per parto

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto, verrà corrisposta un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni.

H.3) Contributo per latte artificiale

Si provvede a riconoscere un contributo per il latte artificiale, nei primi 6 mesi di vita del neonato, previa presentazione della relativa prescrizione medica, fino ad un massimo di € 100 anno/nucleo familiare.

H.4) Supporto psicologico post-parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) sono rimborsabili le spese per un numero massimo di 3 visite psicologiche.

H.5) Week-end benessere

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni (escluso il pernottamento):

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

I) Cure Dentarie

Sono rimborsabili le spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso.

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

Si precisa che esclusivamente per i titolari Quadri iscritti al QUAS (opzione n° 9) la presente garanzia si intende operante per le sole spese per cure odontoiatriche.

J) Lenti

Sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto lenti anche a contatto (escluse le montature e le lenti "usa e getta") a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi; andrà inoltre specificato se si tratti di prescrizione per prime lenti.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.

Si precisa inoltre che è necessario presentare alla Cassa il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

K) Protesi ortopediche e apparecchi acustici

Sono rimborsabili le spese per acquisto protesi ortopediche e apparecchi acustici.

Relativamente alle coperture integrative Dirigenti (opzioni n° 10, 11 e 12) si intendono inoltre compresi in copertura gli ausili medici ortopedici e acustici appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali carrozzelle, tripod, plantari ecc.

L) Prevenzione uomo/donna (GARANZIA operante per tutto il nucleo)

Sono previste le prestazioni di prevenzione, di seguito elencate, effettuate una volta l'anno, in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

Prestazioni previste per gli uomini (ad esclusione delle opzioni 1 e 2)

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- omocisteina

Relativamente alle opzioni 4BIS, 5, 6 e le coperture integrative Dirigenti (opzioni 10, 11 e 12) si intende inoltre compreso l'Elettrocardiogramma di base.

Prestazioni previste per le donne (ad esclusione delle opzioni 1 e 2)

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- pap-test

Esclusivamente per l'opzione n. 6, in aggiunta alle prestazioni sopra elencate, si intendono comprese le seguenti prestazioni una volta ogni due anni:

- - Ca 125 (specifico dell'ovaio) donna > 50 anni
- + Ca 15.3 (specifico della mammella) donna > 50 anni

Relativamente alle opzioni 4BIS, 5 e 6 si intende inoltre compresa la mammografia una volta ogni due anni per le sole donne di età superiore a 50 anni.

Relativamente alle coperture integrative Dirigenti (opzioni n° 10, 11 e 12) si intende inoltre compresa la mammografia.

Prestazioni previste esclusivamente per le opzioni 1 e 2

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Ricerca del sangue occulto nelle feci (3 campioni)

M) Pacchetto Prevenzione Oncologica (garanzia valida solo per il Titolare ed il Coniuge)

Per tutte le opzioni della presente Convenzione, sono rimborsate le spese per le seguenti prestazioni sanitarie, per il solo Titolare ad esclusione del nucleo familiare, purché effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione, senza applicazione di scoperti e/o franchigie a carico degli assistiti.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione e ogni due anni.

Prestazioni previste per le donne	
Con età pari o superiore a 29 anni	PAP test
	Ecografia Mammaria (fino al compimento del 45° anno di età)
Con età pari o superiore a 45 anni	Mammografia
	Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

Prestazioni previste per gli uomini	
Con età pari o superiore a 45 anni	PSA
	Ecografia Prostatica
	Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni

Relativamente alle opzioni 1 e 2, si intendono inoltre comprese le seguenti prestazioni che devono essere effettuate in un'unica soluzione e una volta all'anno:

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT

- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

N) Prevenzione Sindrome Metabolica

Non è prevista la fruizione degli eventuali esami previsti dalla presente garanzia all'Estero.

L'Assistito potrà attivare la garanzia "Prevenzione della Sindrome Metabolica" compilando il questionario raggiungibile sul sito internet dedicato al Piano Sanitario.

Si provvederà ad analizzarne i contenuti e verrà comunicato all'Assistito l'esito della valutazione tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password univoci.

Nel caso in cui l'Assistito non sia in uno stato di "sindrome metabolica" la Cassa si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'Assistito si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" la Cassa fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.. La Cassa comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assistito potrà autorizzare la Cassa a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Cassa provvederà all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni: colesterolo HDL; colesterolo totale; glicemia; trigliceridi da effettuarsi con cadenza annuale in strutture sanitarie convenzionate con il Network "Previmedical" indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Al fine di incentivare l'Assistito ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri. Nel caso in cui l'Assistito si trovi in uno stato di sindrome metabolica "conclamata" un medico, individuato dalla Centrale Operativa, comunicherà all'Assistito che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

O) Prevenzione cure dentarie (garanzia valida solo per il Titolare, ad esclusione del nucleo familiare)

Sono previste le spese sostenute per prestazioni di prevenzione, effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sono:

- Ablazione del tartaro;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Sarà autorizzabile una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno contributivo qualora il medico ne riscontri la necessità.

P) Perdita di autosufficienza (GARANZIA operante per il solo Titolare) Operatività della garanzia

La garanzia vale esclusivamente per il titolare.

Oggetto della garanzia

La garanzia opera in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assistito la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta nel capoverso successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni. Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente al 01.01.2019 o, se successiva, alla data di inizio copertura per l'Assistito e durante il periodo di copertura della presente convenzione.

La Cassa rimborserà, nel limite annuo indicato nella Schede Riassuntive (opzioni), le spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate. Le spese sopra citate saranno rimborsate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della copertura.

Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

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

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

Farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito q in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito q in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito q in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

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

Mobilità:

1° grado: l'Assistito q in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Continenza:

1° grado: l'Assistito q completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito q completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Bere e mangiare:

1° grado: l'Assistito q completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

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

La Cassa dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, si riserva di comunicare entro 60 giorni se il sinistro rientra in garanzia o meno.

In ogni caso la Cassa si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Cassa si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

La Cassa si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito. Le Parti prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

Neonati

Il piano sanitario si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Cassa venga effettuata entro 30gg dalla nascita e sia stato pagato il relativo premio in caso di passaggio da opzione con premio per persona (single) a opzione con premio per nucleo. Resta inteso che la garanzia si intende operante entro il periodo di copertura ed è 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.

Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della convenzione.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELLA CONVENZIONE

Q) Esclusioni

Sono esclusi dalla convenzione:

- 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 di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; 4) 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;
- 5) 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;
- 6) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 7) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (ricomprese 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
- 8) interruzione volontaria della gravidanza;
- 9) 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 assistiti dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di convenzione; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di convenzione, per tumori maligni;
- 10) 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 convenzione;

- 11) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto al punto "Neonati";
- 12) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- 13) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 14) Ricoveri in lungodegenza;
- 15) 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;
- 16) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 17) 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;
- 18) 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" e al punto F.3 delle prestazioni Extraospedaliere "Trattamenti fisioterapici e rieducativi";
- 19) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 20) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 21) 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;
- 22) ricoveri impropri;
- 23) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della convenzione nonché le relative conseguenze e complicanze. Tale condizione non è operante in caso di Associati già iscritti alla cassa alla data di decorrenza della presente copertura;
- 24) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 25) le malattie manifestatesi precedentemente alla decorrenza della convenzione, per coloro che sono tenuti alla sottoscrizione del Questionario Sanitario, salvo quelle indicate nello stesso e non esplicitamente escluse;
- 26) gli infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assistito attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- 27) La partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assistito svolga tale attività a livello professionistico;
- 28) Le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

R) Persone per le quali non è possibile erogare le prestazioni

Il limite di età massimo previsto in ingresso limitatamente alle nuove adesione è di 75 anni.

Non è possibile erogare le prestazioni per le persone di età superiore agli 80 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non è possibile erogare le prestazioni per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della convenzione, l'assistenza 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.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

S) Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Cassa 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'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti q necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Cassa e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito q obbligato a comunicare alla Cassa il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenze dello stesso - l'assistito q tenuto a trasmettere alla Cassa il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)

Nel caso in cui durante il periodo di validità della copertura, sopravvenga il decesso dell'assistito titolare della copertura assistenziale, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Cassa e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- Certificato di morte dell'assistito;
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento q l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- In assenza di testamento, Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assistito q deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Cassa alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;

- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

T) Pagamento indiretto - Rimborso all'Assistito

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

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio;
- 5) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;
- 6) Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 7) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni erogate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni. Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto. 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.

Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Cassa, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Cassa avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

U) Card elettronica (RBM Assicurazione Salute - Previmedical)

E' messo a disposizione degli Assistiti il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal sussidio e/o di massimali esauriti.

Nel sito web www.casbi.it è visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa. La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Mobile RBM Salute.

V) Pagamento diretto

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

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa. Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Il rimborso delle spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici applicati durante l'intervento verrà riconosciuto con applicazione di uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo.

Il pagamento diretto delle spese indennizzabili, viene effettuato a termini di convenzione secondo le condizioni degli accordi stipulati dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

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

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.casbi.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nella "GUIDA COME OTTENERE PRESTAZIONI, RIMBORSI E ASSISTENZA".

W) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della

convenzione o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assistenza, la Cassa ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Cassa stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

FORMA DELLE PRESTAZIONI

X) Assistenza prestata in forma completa

Relativamente alle opzioni n° 1, 1 NEW, 2 NEW, 2, 3, 4, 4bis, 5 e 6, la presente assistenza si intende prestata in forma completa. In caso di sinistro saranno applicati gli scoperti e le franchigie riportati nelle Schede Riassuntive (Opzioni) e riferiti a ciascuna delle garanzie prestate.

Y) Assistenza prestata in forma Integrativa

Limitatamente alle opzioni integrative Quadri, 10, 11 e 12 integrativa Dirigenti, la presente assistenza si intende prestata in forma integrativa delle prestazioni fornite da Fondi Assistenziali di categoria (FASI/FASDAC/FAIT- QUAS e altri fondi autorizzati dalla Cassa) ai quali l'Assistito è obbligatoriamente iscritto, ossia a secondo rischio e ad integrazione dei plafond previsti dai tariffari dei fondi succitati, senza applicazione di scoperti e franchigie.

E' previsto l'obbligo per il Dirigente o per il Quadro di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso del Fondo, per ottenere dalla Cassa il rimborso della parte rimasta a suo carico, purché rimborsabile a termini di convenzione.

Nel caso in cui gli Enti rifiutino di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado queste rientrino fra quelle previste dai propri regolamenti ed indennizzabili a termini del presente regolamento, la Cassa darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti i regolamenti stessi, restando a carico dell'Assistito gli importi previsti dai relativi tariffari.

Ai fini del rimborso/liquidazione, verranno considerati i tariffari dell'Ente di "primo rischio" relativi alla annualità precedente la decorrenza della convenzione.

Con riferimento ad eventuali imposte gravanti sulle prestazioni sanitarie, si segnala che la Cassa erogherà i relativi importi esclusivamente in proporzione alla quota di prestazione sanitaria rimborsata/liquidata in virtù della presente copertura.

Le eventuali garanzie non previste dai tariffari FASI, FASDAC, FAIT, QUAS o altri Fondi Autorizzati, ma incluse nella presente convenzione, saranno fornite a primo rischio nell'ambito dei massimali e dei limiti previsti dal contratto con una detrazione del 25% dell'importo indennizzabile.

Tale modalità di liquidazione sarà operativa anche per le spese sostenute da familiari assistiti dalla presente convenzione ma non assistiti dal Fondo.

In riferimento all'opzione integrativa QUAS, si ricorda che il QUAS prevede il rimborso esclusivamente per il dipendente Quadro e non anche per il nucleo familiare.

Z) Familiari del Quadro

Ove prevista l'adesione del nucleo, le spese sostenute dai familiari del quadro dovranno essere presentate in fotocopia alla Cassa e saranno rimborsate a primo rischio, con applicazione degli scoperti e franchigie previste dall'opzione prescelta.

SEZIONE II

SERVIZI AGGIUNTIVI

I) Garanzie aggiuntive

Inoltre la presente Convenzione offre le seguenti garanzie:

1. TRASPORTO SANITARIO

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

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.

II) Servizi aggiuntivi

Inoltre gli Assistiti con la presente convenzione potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa della Cassa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

2. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa della Cassa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa della Cassa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa della Cassa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa della Cassa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie

rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente e, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa della Cassa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa della Cassa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

3. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

4. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessita di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa della Cassa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa della Cassa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa della Cassa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

5. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessita di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Cassa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

6. TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessita di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

b) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assistito in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assistito e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assistito e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assistito al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore.

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 rimpatrio avvenga in Europa o extra Europa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assistito.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

c) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assistito si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assistito in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto.

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 rimpatrio avvenga in Europa o extra Europa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assistito di proseguire il viaggio.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

7. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa della Cassa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

Allegato 1
Grandi Interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.

- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.



