



**assistenza
sanitaria
integrativa**
Iniziativa di
Confindustria, Impresa Meccanica,
Fim-Cisl, Uilm-Uil



**NOMENCLATORE
PMI SALUTE**

NOMENCLATORE

PMI Salute

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascun livello di assistenza e per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo della liquidazione.

Per ciascuna delle prestazioni previste dal presente Nomenclatore, la liquidazione/il rimborso delle relative spese, nei termini, limiti e condizioni di seguito illustrati, è comunque subordinato alla presentazione, da parte dell'Assistito, della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia (presunta e/o accertata).

A. AREA OSPEDALIERA

La Compagnia eroga senza limiti complessivi riferiti alla presente garanzie e senza applicazione di scoperti e franchigie le prestazioni chirurgiche di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** nei termini ivi indicati.

A.1 RICOVERO CON INTERVENTO/DAY HOSPITAL

A.1.1 Elenco Interventi Chirurgici

Rientrano nella presente garanzia esclusivamente gli interventi chirurgici di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** anche se effettuati in regime di day hospital.

A.1.2 Prestazioni Assicurate

La presente garanzia comprende la copertura delle seguenti voci di spesa:

a) Interventi Chirurgici

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, o di ogni altro soggetto partecipante all'intervento risultante dalla cartella clinica;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi le endoprotesi;

La tipologia di intervento deve risultare in modo inequivocabile dalla cartella clinica.

Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

b) Pre-Ricovero

- esami
- accertamenti diagnostici
- visite specialistiche

effettuati nei **90** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

c) Assistenza Medica, Medicinali, Cure durante il Ricovero

- prestazioni mediche e infermieristiche
- consulenze medico – specialistiche
- medicinali
- esami
- accertamenti diagnostici
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

d) Retta di Degenza

Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Assistenza Infermieristica Privata Individuale durante il Ricovero

Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

f) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

g) Trasporto dell'assistito

Spese documentate relative al trasporto dell'assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura. Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'Allegato all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

h) Post Ricovero e Riabilitazione Post Operatoria

La garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici;
- medicinali;
- prestazioni mediche, chirurgiche, e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura);
- trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) a seguito di intervento chirurgico

effettuati nei **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dell'istituto di cura.

Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

i) Trapianti a seguito di Malattia e Infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Compagnia eroga le prestazioni previste al precedente punto "interventi chirurgici/day-hospital" con i relativi limiti in esso indicati nonché le spese necessarie per il prelievo al donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica infermieristica, intervento chirurgico, cure medicinali, rette di degenza. Le prestazioni di cui al presente paragrafo saranno erogate all'interno dei massimali di cui all'**Allegato 2a Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie**.

j) Interventi chirurgici su neonati

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese per interventi chirurgici effettuati **nei primi due anni di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite.

La garanzia è prestata entro il sottolimito di **Euro 15.000,00 per anno e prescinde dall'estensione della copertura al nucleo familiare, essendo attiva a favore del neonato che risulti a carico del lavoratore iscritto.**

Sono garantite le prestazioni di cui alle precedenti lettere c) d) ed e) del § A.1.2. Con riferimento al pre-ricovero, si applica quanto previsto alla lettera b) del § A.1.2., con riduzione a **30** dei **giorni** di riferimento.

Per le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera durante il periodo di ricovero è previsto un limite giornaliero di **€ 55,00.**

Le prestazioni di cui alla presente garanzia saranno erogate **senza applicazione di scoperti e/o franchigie** ed entro il sottolimito sopra indicato.

A.1.3 Modalità di Erogazione

Utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse.

Utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate

E' fatto salvo in ogni caso il **diritto dell'assistito** di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network Previmedical qualora la Provincia di residenza o di domicilio (qualora diversa da quella di residenza) sia priva di strutture sanitarie convenzionate.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito senza l'applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto ma nel sottolimito del massimale per intervento, come indicato nell'**Allegato 2° Tab. 1** e **senza applicazione di scoperti e/o franchigie.**

Prestazioni in Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., si applica quanto previsto dalla garanzia "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito nei limiti sopra previsti in aggiunta all'importo complessivo dell'Indennità sostitutiva di cui al successivo punto "Indennità Sostitutiva".

A.1.4 Indennità Sostitutiva

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'assistito avrà diritto ad una indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di degenza con un massimo comunque di **160 giorni**. Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale è altresì previsto il rimborso integrale dei ticket eventualmente pagati da parte dell'Assistito.
La presente garanzia non prevede applicazione di scoperti e/o franchigie.

A.1.5 Massimale

Relativamente alle liquidazioni correlate alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, incluso day hospital, il presente piano sanitario prevede un **massimale per intervento pari ad Euro 30.000,00 elevato ad Euro 60.000,00 in caso di trapianto.**

A.2 RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL MEDICO

A.2.1 Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Malattia e Infortunio senza Intervento Chirurgico/Day Hospital Medico

Il ricovero senza intervento chirurgico/day hospital medico è garantito nei seguenti casi:

a) **Eventi Morbosi**

- **Infarto miocardico acuto:** Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: 1) dolore precordiale, 2) alterazioni tipiche all'ECG, 3) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- **Ictus cerebrale:** (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
- **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga

basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola copertura in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.

- **Insufficienza renale:** malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- **Ustioni di terzo grado** con estensione pari almeno al 50% del corpo.

b) Parto:

- Parto naturale
- Parto cesareo
- Aborto terapeutico/spontaneo

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

A.2.2 Prestazioni Assicurate

In caso di ricovero medico, sono garantite le seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

- esami
- accertamenti diagnostici
- visite specialistiche

effettuati nei **90** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Assistenza Medica, Medicinali, Cure durante il ricovero

- prestazioni mediche e infermieristiche
- consulenze medico – specialistiche
- medicinali
- esami
- accertamenti diagnostici
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Retta di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Assistenza Infermieristica Privata Individuale durante il ricovero

Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera.

Post ricovero e riabilitazione post operatoria

La garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici;
- medicinali;
- prestazioni mediche, chirurgiche, e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura);
- trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

effettuati nei **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dell'istituto di cura.

A.2.3 Modalità di Erogazione

Utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse, senza applicazione di franchigie e/o scoperti.

Utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate

E' fatto salvo in ogni caso il **diritto dell'assistito** di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network Previmedical qualora la Provincia di residenza o di domicilio (qualora diversa da quella di residenza) sia priva di strutture sanitarie convenzionate.

In questo caso le spese relative alle prestazioni vengono rimborsate nella **misura del 75%**.

Prestazioni in Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., si applica quanto previsto dalla garanzia “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assistito nei limiti sopra previsti in aggiunta all’importo complessivo dell’Indennità sostitutiva di cui al successivo punto “Indennità Sostitutiva”.

A.2.4 Indennità Sostitutiva per Ricovero Medico – Parto Naturale e Cesareo – Aborto Terapeutico/Spontaneo

Quando l’assistito si sottoponga a:

- ricovero medico per Evento Morboso come definito al § A.2.1.
- parto cesareo o naturale
- aborto terapeutico o spontaneo

in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, non in regime di Intramoenia, avrà diritto a un’indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30 giorni** per ogni ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell’indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l’importo suindicato per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura.

A.2.5 Massimale

Il limite di spesa annuo per la presente garanzia è pari ad **Euro 5.000,00** per nucleo familiare.

È inoltre previsto il sottolimito di **Euro 2.000,00** per evento in caso di parto naturale e aborto terapeutico/spontaneo. Diversamente, non è prevista l’applicazione di alcun sottolimito nel caso di parto cesareo.

B. AREA EXTRAOSPEDALIERA

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La presente garanzia prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

Alta Diagnostica

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- Coronarografia;
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età).
- Elettroencefalografia
- PET
- Campimetria visiva
- Cisternografia

Terapie e cure

- Dialisi
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

B.2 VISITE SPECIALISTICHE

Il presente piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, conseguenti a malattia o a infortunio; sono escluse dall'ambito di operatività della garanzia in questione le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, (nonché le visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

B.3 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture convenzionate

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse. E' prevista l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00** a carico dell'iscritto per prestazione o ciclo di terapie.

Utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate

E' fatto salvo in ogni caso il **diritto dell'assistito** di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network Previmedical qualora la Provincia di residenza o di domicilio (qualora diversa da quella di residenza) sia priva di strutture sanitarie convenzionate. In tale ipotesi le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'assicurato nel limite del massimale indicato.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Compagnia rimborsa i ticket sanitari effettivamente rimasti a suo carico con applicazione di una **franchigia di Euro 10,00** per prestazione o ciclo di terapie. In tal caso, l'interessato dovrà presentare alla Società, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una **fotocopia** dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuto dalla struttura sanitaria che eroga la prestazione).

B.4 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo per le prestazioni di cui al presente capitolo B è pari ad **Euro**

350,00 per nucleo.

C. AREA ODONTOIATRICA

La presente area comprende le seguenti garanzie:

C.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

C.1.1 Elenco Interventi Odontoiatrici

La Compagnia liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie:

- Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toropalatino, toromandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermo-epidermico
- rizotomia e rizectomia
- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare

In tali casi è, altresì, previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario al completamento dell'intervento.

In caso di regime ospedaliero sono compresi i seguenti costi:

- **Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dalla cartella clinica); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopraindicato.
- **Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- **Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

C.1.2 Massimale

Il limite di spesa annuo per la presente garanzia è pari ad **Euro 2.500,00** per nucleo.

E.2 ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

C.2.1 Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche e Ortodonzia

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative come da elenco di seguito fornito.

Prestazioni di:

- Paradontologia
- Chirurgia orale ordinaria
- Conservativa
- Endodonzia
- Implantologia
- Implanto-protesi
- Protesi fisse

- Protesi rimovibili
- Gnatologia.

C.2.2 Massimale

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 250,00** per nucleo.

C.3 MODALITA' DI EROGAZIONE (per le garanzie di cui ai § C.1 e C.2)

Utilizzo di Strutture convenzionate

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse. Non si applicano franchigie e scoperti.

Utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate

E' fatto salvo in ogni caso il **diritto dell'assistito** di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network Previmedical qualora la Provincia di residenza o di domicilio (qualora diversa da quella di residenza) sia priva di strutture sanitarie convenzionate; in questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito senza l'applicazione di alcuna franchigia ma nel limite del massimale indicato.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente - **senza applicazione di scoperti o franchigie** - le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

D. AREA RIABILITAZIONE

La presente area comprende le seguenti garanzie:

D.1 TRATTAMENTI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INTERVENTO E INFORTUNIO CERTIFICATO DAL PRONTO SOCCORSO

D.1.1 Trattamenti Riabilitativi

La presente garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute per i trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria nei limiti identificati nella presente garanzia.

Tale garanzia sarà attivabile a seguito di intervento chirurgico rientrante nella precedente garanzia A.1, **in aggiunta** a quanto ivi previsto alla lettera h) (**Post ricovero e riabilitazione post operatoria**), o per trattamenti riabilitativi resi necessari a seguito di infortunio in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempre che siano prescritte da medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata. In ogni caso tali prestazioni dovranno essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

La presente garanzia non prevede applicazione di scoperti e/o franchigie.

D.1.2 Massimale

Il limite di spesa annuo per le presenti prestazioni è pari ad **Euro 700,00** per nucleo. Tale massimale annuo deve intendersi come **limite di spesa aggiuntivo** rispetto a quello già garantito all'interno del massimale per prestazione previsto per ciascuno degli interventi chirurgici rientranti nella precedente garanzia A.1

D.1.3 Modalità di Erogazione

Utilizzo del Strutture convenzionate

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse.

Utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate

E' fatto salvo in ogni caso il **diritto dell'assistito** di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network Previmedical qualora la Provincia di residenza o di domicilio (qualora diversa da quella di residenza) sia priva di strutture sanitarie convenzionate; in questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito senza l'applicazione di alcuna franchigia ma nel limite del massimale indicato.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia liquida integralmente - **senza applicazione di scoperti o franchigie** - le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assistito.

E. AREA PREVENZIONE

E.1 PREVENZIONE ODONTOIATRICA (*Garanzia valida per il solo Titolare*)

La presente copertura prevede l'erogazione una volta all'anno delle seguenti prestazioni da effettuarsi in un'unica seduta:

- 1 Detartrasi
- 1 Visita di prima valutazione

La presente garanzia viene esclusivamente prestata in regime di assistenza diretta con pagamento a carico della Compagnia del **100% dell'importo dovuto**, senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

**E.2 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE “PROGETTO CUORE” -
eseguibile in alternativa alla Prevenzione Oncologica –
(garanzia valida per il solo Titolare)**

E.2.1 Operatività della Garanzia

La garanzia vale per l'Assistito principale ed è eseguibile una volta ogni tre anni, con periodicità pertanto pari ad almeno 36 mesi di distanza tra le prestazioni, calcolati a livello individuale.

La garanzia prevede la copertura delle spese relative allo screening cardio vascolare sotto illustrato ed allo svolgimento delle attività necessarie a fornire all'Assistito l'indicazione della propria classe di rischio cardiovascolare, in base alla classificazione individuata nell'ambito del “Progetto cuore” redatto dal Ministero della Sanità. Il Progetto Cuore è un programma di epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari finalizzato a monitorare nel nostro Paese la frequenza di queste malattie e dei fattori di rischio ad esse correlati e a fornire strumenti utili a prevenirle. All'esito dello screening sarà possibile derivare un punteggio a cui corrisponde una percentuale di rischio di eventi cardiovascolari nei 10 anni successivi.

Il presente pacchetto prevede i seguenti esami:

<u>Elettrocardiogramma</u>	<u>Esame urine</u>
----------------------------	--------------------

Inoltre:

<u>Prelievo venoso</u>	<u>Trigliceridi</u>
<u>AST-ALT</u>	<u>PTT</u>
<u>Colesterolo totale</u>	<u>PT</u>
<u>HDL</u>	<u>Dosaggio omocisteina</u>
<u>Emocromo</u>	

Tutte le prestazioni rientranti nello screening cardio vascolare devono essere **eseguite nella loro totalità e in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate con la Compagnia** selezionate dalla stessa.

Per ricevere il check-up l'Assistito deve preventivamente contattare la Centrale Operativa della Compagnia per ottenere la relativa autorizzazione.

La struttura esegue le prestazioni indicate nel protocollo di screening cardio vascolare sopra illustrato e le attività necessarie a fornire all'Assistito l'indicazione della classe di rischio cardiovascolare cui appartiene secondo il predetto protocollo redatto dal Ministero della Sanità.

E.3 PREVENZIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO - eseguibile in alternativa alla Prevenzione Cardiovascolare - (garanzia valida per il solo Titolare)

La garanzia **vale per l'Assistito principale** ed è eseguibile **una volta ogni tre anni**, con periodicità pertanto pari ad almeno 36 mesi di distanza tra le prestazioni, calcolati a livello individuale.

Le prestazioni devono essere eseguite nella loro totalità in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate con la Compagnia selezionate dalla stessa.

Il piano di prevenzione prevede la copertura, ogni due anni, delle prestazioni sotto elencate da effettuarsi con le modalità di seguito descritte:

Prestazioni previste per le donne

Con età pari o superiore a 29 anni	<ul style="list-style-type: none"> - PAP test - ecografia mammaria
Con età pari o superiore a 45 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Mammografia - Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per gli uomini

Con età pari o superiore a 45 anni	<ul style="list-style-type: none"> - PSA (specifico antigene prostatico) - Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni - Ecodoppler tronchi sovraortici
------------------------------------	--

E.4 PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su sito internet www.rbmsalute.it e “confermare il suo invio” alla Compagnia.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all' Assistito l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Nel caso in cui l'Assistito non sia in uno stato di “sindrome metabolica” la Compagnia 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 Compagnia fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. La Compagnia comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assistito potrà autorizzare la Compagnia a contattarlo (via email 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 Compagnia provvederà all'organizzazione, con pagamento delle prestazioni a tariffa agevolata a carico dell'Assistito delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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 della Compagnia 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.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall' Assistito attraverso le strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical a suo carico e a tariffa agevolata.

E.5 PREVENZIONE PEDIATRICA

La presente garanzia **prescinde dall'estensione della copertura al nucleo familiare, essendo attiva a favore del nucleo familiare che risulti a carico del lavoratore iscritto.**

Il presente piano sanitario provvede su tutto il territorio nazionale al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla prestazioni effettuata.

F. LTC - Non Autosufficienza (*garanzia valida per il solo Titolare*)

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto “Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza”) derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti “causa”), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari o superiore a 40 punti (4 ADL su 6) tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni (“evento”).

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

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura. La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Compagnia, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo punto “Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza”. Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Compagnia per il tramite della Compagnia della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la

Compagnia provvederà a comunicarne all'Assistito l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (40 punti - 4 ADL su 6)), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Compagnia dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, successivamente al riconoscimento dell'erogabilità della garanzia, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura la Compagnia potrà richiedere, all'Assistito la trasmissione entro il 15 novembre della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Compagnia potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Compagnia provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute. Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'assistito si trovi nelle condizioni indicate al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'assistito la somma di **Euro 7.000 annui per un numero massimo di tre anni**. La predetta somma deve intendersi fruibile finché l'Assistito sia beneficiario della copertura in questione.

Criteri 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 redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Compagnia, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

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

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

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

Capacità di vestirsi e svestirsi:

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

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

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

Capacità di curare l'igiene del corpo:

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

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

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

Capacità di assicurare la propria mobilità:

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

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

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

Capacità di continenza:

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

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

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

Capacità di bere e mangiare:

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

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

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

punteggio 5

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

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

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

G. ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE AGEVOLATE E PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

G.1 ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE AGEVOLATE

Il servizio proposto, gestito in collaborazione con Previmedical, prevede la possibilità per tutti gli Assistiti di PMI Salute di **beneficiare di prestazioni sanitarie ed odontoiatriche anche non rientranti nel presente Piano Sanitario a tariffe agevolate.**

Tale servizio potrà essere fruito dagli Associati al Fondo con:

1. l'assegnazione di una card nominativa per l'accesso al network sanitario;
2. l'accesso a tariffe ridotte per visite specialistiche ed esami diagnostici;
3. l'accesso a tariffe ridotte per ricoveri/day surgery. Le tariffe ridotte saranno usufruibili in relazione ai servizi di degenza («alberghieri») e dei costi relativi all'equipe medica;
4. l'accesso ad un'area riservata del sito web del Fondo mediante autenticazione attraverso un codice User id ed una Password personale e riservata. Nel sito web del Fondo sarà visualizzabile l'elenco dei centri diagnostici e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e

province. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocazione diretta con il Call Center dedicato a PMI Salute.

Pertanto, in concomitanza con l'adesione al Fondo di Assistenza prescelto, RBM Salute-Previmedical curerà l'invio agli aderenti della suddetta card, munita di codice personale identificativo, con cui l'Assistito potrà fruire di sconti anche relativamente a prestazioni non rientranti nell'ambito del Nomenclatore/Tariffario, rivolgendosi alle strutture sanitarie convenzionate appartenenti al network messo a disposizione da parte della Compagnia per il tramite di Previmedical.

G.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 **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 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 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 e non comporta costi per l'Assistito.

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 è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa 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 ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

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

Il servizio non comporta costi per l'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa 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 e non comporta costi per l'Assistito.

G.3 SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE ED ASSISTENZA DOMICILIARE

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 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. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa a tariffazione agevolata per l'Assistito.

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

G.4 SERVIZIO DI SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa 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.

Il servizio telefonico non comporta costi per l'Assistito. Rimarranno, invece, a carico dell'Assistito eventuali costi postali per la trasmissione della documentazione medica necessaria all'erogazione del servizio.

G.5 SERVIZIO DI TUTORING

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali.

Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

G.6 ASSISTENZA DOMICILIARE (INVIO MEDICO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, COLLABORATORE FAMILIARE E BABY SITTER)

Il servizio prevede che l'Assistito, possa richiedere l'intervento di uno o più degli operatori aderenti alla rete assistenziale che sarà messa a disposizione degli Assistiti. Attraverso gli operatori sanitari della rete, è possibile disporre, a tariffe agevolate, al domicilio di prestazioni mediche di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario.

Tali prestazioni sanitarie possono essere aggregate nei seguenti servizi:

- Invio di un medico
- Invio di un infermiere
- Invio di un fisioterapista
- Esami al domicilio
- Esiti al domicilio
- Spesa a domicilio/commissioni
- Invio baby sitter
- Invio colf.

Il servizio è erogato 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. In ogni caso, l'attivazione del servizio deve avvenire attraverso il preventivo contatto con la Centrale Operativa che si occupa della gestione e dell'organizzazione di tutte le attività connesse con l'intervento richiesto.

G.7 INVIO MEDICINALI A DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Società, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

G.8 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA, TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA, RIENTRO DALL'ISTITUTO DI CURA E TRASPORTO POST RICOVERO (IN ITALIA)

Il servizio prevede che, qualora l'assistito sia impossibilitato materialmente, possa richiedere il trasporto "programmato" in autoambulanza presso l'Istituto di cura dove intende ricoverarsi, il trasporto dall'Istituto di cura ad un diverso centro presso il quale deve svolgere ulteriori interventi o terapie e/o il rientro da tale Istituto alla propria residenza. I limiti di kilometraggio massimo previsto sono fissati in 500 km. **Il servizio è erogato 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.** In ogni caso, l'attivazione del servizio deve avvenire attraverso il preventivo contatto con la Centrale Operativa che si occupa della gestione e dell'organizzazione di tutte le attività connesse con l'intervento richiesto.

CONDIZIONI DELLE PRESTAZIONI

- a) Il presente Piano Sanitario non prevede alcuna esclusione dalla copertura totale/parziale con riguardo all'età anagrafica o in relazione a condizioni di salute/patologie pregresse dei beneficiari.
- b) La copertura, invece, non è operante per:
 - le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi;
 - gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale;
 - i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture per lunga degenza;
 - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;

- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assistito;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive;
- imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
- emodialisi;
- iniezioni sclerosanti;
- lenti da vista, lenti a contatto e montature;
- medicina legale e medicina del lavoro;
- medicinali non somministrati in degenza;
- prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
- medicina omeopatica e/o alternativa;
- ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona.

Preganziol, 13 giugno 2014

Marco Vecchietti
Consigliere Delegato
RBM Salute S.p.A

Allegato 2a Tab. 1	
E L E N C O I N T E R V E N T I C H I R U R G I C I	
	MASSIMALE
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 30.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 30.000,00
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 30.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 30.000,00
Trapianto cardiaco	€ 60.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	€ 30.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	€ 30.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso	€ 30.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 30.000,00
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 30.000,00
Esofago	
Interventi con esofagoplastica	€ 30.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 30.000,00
Fegato	

Deconnessione azigos-portale pervia addominale	€ 30.000,00
Derivazioni biliodigestive	€ 30.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 30.000,00
Epatotomia e coledocotomia	€ 30.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 30.000,00
Interventi per echinococchi	€ 30.000,00
Interventi sulla papilla di Water	€ 30.000,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 30.000,00
Reinterventi sulle vie biliari	€ 30.000,00
Resezioni epatiche	€ 30.000,00
Trapianto di fegato	€ 60.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per ferite del polmone	€ 30.000,00
Interventi per fistole bronchiali	€ 30.000,00
Pleuropneumectomia	€ 30.000,00
Pneumectomia	€ 30.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 30.000,00
Resezioni segmentane e lobectomia	€ 30.000,00
Timectomia per via toracica	€ 30.000,00
Trapianto di polmone	€ 60.000,00
Tumori della trachea	€ 30.000,00

Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 30.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia cervico-toracica	€ 30.000,00
Simpaticectomia lombare	€ 30.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 30.000,00
Colectomie parziali	€ 30.000,00
Nervi periferici	
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 30.000,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 30.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 30.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 30.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 30.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 30.000,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 30.000,00
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 30.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 30.000,00

Asportazione tumori dell'orbita	€ 30.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 30.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 30.000,00
Cordotomia e mielotomia per cutanea	€ 30.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 30.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 30.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 30.000,00
Emisferectomia	€ 30.000,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 30.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 30.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 30.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocoele, mielomeningocele, etc.)	€ 30.000,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 30.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 30.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 30.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 30.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 30.000,00

Intervento per encefalomeningocele	€ 30.000,00
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 30.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 30.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 30.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 30.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 30.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 30.000,00
Radiochirurgia stereotassica	€ 30.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 30.000,00
Spondilolistesi	€ 30.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 30.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 30.000,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 30.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 30.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 30.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 30.000,00

Interventi per pancreatite acuta	€ 30.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 30.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	€ 30.000,00
Splenectomia	€ 30.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 30.000,00
Retto – Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 30.000,00
Operazione per megacolon	€ 30.000,00
Proctocolectomia totale	€ 30.000,00
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 30.000,00
Stomaco, duodeno	
Cardioplastica	€ 30.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 30.000,00
Gastroectomia totale	€ 30.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 30.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 30.000,00
Resezione gastrica	€ 30.000,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 30.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 30.000,00
Torace – parete toracica	

Correzioni di malformazioni parietali	€ 30.000,00
Resezione costali	€ 30.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 30.000,00
Osteosintesi	
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 30.000,00
Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	€ 30.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 30.000,00
Frattura del IH superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 30.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 30.000,00
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 30.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 30.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 30.000,00
Cranio – faccia e collo	
Cranioplastica	€ 30.000,00
Gravi e vaste mutuaizoni del viso	€ 30.000,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 30.000,00
Labioschisi bilaterale	€ 30.000,00
Palatoschisi totale	€ 30.000,00

Ricostruzione della emimandibola	€ 30.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 30.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 30.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Malformazione della gabbia toracica	€ 30.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 30.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Ricostruzione vaginale	€ 30.000,00
Chirurgia vascolare	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 30.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 30.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 30.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 30.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 30.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee	€ 30.000,00

e tiroidee	
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 30.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 30.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 30.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 30.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 30.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 30.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 30.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 30.000,00
Tattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 30.000,00
Tattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 30.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 30.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 30.000,00
Ginecologia	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 30.000,00
Miomectomia e I o ricostruzione plastica dell'utero	€ 30.000,00
Collo	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 30.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 30.000,00

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 30.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 30.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 30.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 30.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 30.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 30.000,00
Interventi per paralisi degli abducenti	€ 30.000,00
Laringectomia parziale	€ 30.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 30.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 30.000,00
Laringectomia totale	€ 30.000,00
Laringofaringectomia	€ 30.000,00
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 30.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 30.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 30.000,00
Odontocheratoprotesi	€ 30.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico)	€ 60.000,00

universitario ed ospedaliero)	
Ortopedia e Traumatologia	
Artroprotesi di anca	€ 30.000,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 30.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 30.000,00
Emipelvectomia	€ 30.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 30.000,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 30.000,00
Ostetricia	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 30.000,00
Cavo orale e faringe	
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 30.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.	€ 30.000,00
Tumori parafaringei	€ 30.000,00
Ghiandole salivari	
Asportazione della parotide	€ 30.000,00
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 30.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 30.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 30.000,00

Apertura di accesso cerebrale	€ 30.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 30.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 30.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 30.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 30.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 30.000,00
Distruzione del labirinto	€ 30.000,00
Neurinoma dell'VIII paio	€ 30.000,00
Sezione del nervo coclearie	€ 30.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 30.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 30.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 30.000,00
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 30.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 30.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 30.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 30.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 30.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 30.000,00
Rene	

Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 30.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 30.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 30.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 30.000,00
Nefrectomia parziale	€ 30.000,00
Nefrectomia semplice	€ 30.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 30.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 30.000,00
Pielotomia	€ 30.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 30.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 30.000,00
Trapianto renale	€ 60.000,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 30.000,00
Uretere	
Sigmoidostomia	€ 30.000,00
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 30.000,00
Ureteroplastica	€ 30.000,00

Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 30.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 30.000,00
Uretrectomia	€ 30.000,00
Vescica	
Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder	€ 30.000,00
Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale	€ 30.000,00
Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 30.000,00
Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia	€ 30.000,00
Diverticolectomia con U.C.N.	€ 30.000,00
Emitrignectomia	€ 30.000,00
Ileo bladder	€ 30.000,00
Ileo e\o colonicoplastiche	€ 30.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 30.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 30.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 30.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 30.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 30.000,00

Preganziol, 13 giugno 2014

Marco Vecchietti
Consigliere Delegato
RBM Salute S.p.A



**assistenza
sanitaria
integrativa**
Iniziativa di
Confindustria Meccanica,
Fim-Cisl, Uilm-Uil

